

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966.

THÈSE N° 977

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe FOURNIE

né le 7 juin 1937 à Paris (15e)

Externe des Hôpitaux de Paris.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TECHNIQUE ET INDICATIONS DE LA COELIOSCOPIE

A propos de 100 coelioscopies faites
au Centre Hospitalier Universitaire de
l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service
du Professeur R. MERGER.

oo0oo

Président : M. MERGER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe FOURNIE

né le 7 juin 1937 à Paris (15e)

Externe des Hôpitaux de Paris.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TECHNIQUE ET INDICATIONS DE LA COELIOSCOPIE

A propos de 100 coelioscopies faites
au Centre Hospitalier Universitaire de
l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service
du Professeur R. MERGER.

oo0oo

Président : M. MERGER, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549020_0013

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. GAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)
b) Professeurs à titre personnel :	
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUGAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — — (Beaucaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— — —	M...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie cardiaque-vasculaire (Broussais)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		DUBOST (Ch.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DUPERRAY (F.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)		LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		BERNARD (J.)
Cliniques médicales	GASTAIGNE (P.)	
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	EARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Saint-Antoine)	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Richat)	DEBRAY (Ch.)	
Clinique médicale générale et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique médicale prothésique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	
Clinique médico-secours du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARGIN (R.)	
Cliniques obstétricales	LAComme (M.)	
{ Baudelocque	MERGER (R.)	
{ Saint-Antoine	VARANGOT (J.)	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	OFFRET (G.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BRÉGEAT (P.)	
— — — — — (Cochin)	AUBRY (M.)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MOZZICONACCI (P.)	
Clinique de pédiatrie	THIEFFRY (S.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)	
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	ROUX (M.)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)	
Clinique toxicologique	JUDET (R.)	
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	ABOULKER (P.)	
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE (R.)	
— — — — — (Necker)	LAPLANE (R.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)	
Sémiologie médicale (A. Chantin)	BOUVRAIN (Y.)	
— — — — — (Lariboisière)	KAMBERT (P.)	
— — — — — (Pitié)	WOLFROMM (R.)	
— — — — — (Rothschild)	POILLEUX (F.)	
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)		

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{ ANDRÉ (R.)
	{ ROUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phthisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Marraine

A ma Femme

A ma Fille

modeste témoignage de
mon profond amour.

A mes Parents

A ma Soeur

avec toute mon affection.

A toute ma Famille.

A tous mes Amis.



A mon Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur R. MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux

qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse et nous fait le
grand honneur d'en accepter la prési-
dence.

qu'il soit assuré de notre profonde
reconnaissance et de notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Docteur SANTARELLI

Chef de Clinique Obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris.

qui a bien voulu nous aider dans la
réalisation de cette thèse

qu'il en soit sincèrement remercié.

A mes Maîtres de BAUDELOCQUE

Monsieur le Professeur LACOMME

Professeur de Clinique Obstétricale

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

qui a guidé nos premiers pas dans
la spécialité

qu'il nous permette de lui exprimer
ici notre vive gratitude.

Monsieur le Docteur LE LORIER

Professeur Agrégé à la Faculté

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur LEWIN

Professeur Agrégé à la Faculté

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur SALA.

Professeur Agrégé à la Faculté

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

A tous ceux qui furent nos Maîtres au cours de notre Externat.

Au Docteur MEILLERE

Chirurgien des Hôpitaux

Au Docteur MEYER

Professeur Agrégé à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

Chef de service de Pneumo-phtisiologie
de l'Hôpital Boucicaut

Au Docteur ROUX

Médecin chef de l'hôpital San SALVADOUR
de Hyères

Au Docteur LEREBoullet

Médecin des Hôpitaux

Chef de service à l'hôpital de
Kremlin-Bicêtre.

Au Docteur BERTRAND

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux
de la Région de Paris.

Chef de service de Gynécologie Obstétrique
de l'hôpital de Saint-Cloud.

qui a bien voulu m'accepter dans
son service comme interne résident,
qu'il en soit remercié très sincère-
ment.

Au Docteur ALBEAUX-FERNET

Professeur au Collège de Médecine
des Hôpitaux

Médecin des Hôpitaux

Chef du service d'Endocrinologie de
l'Hôpital Laennec.

qui a bien voulu m'accepter dans
son service comme interne faisant fonc-
tion,

qu'il soit remercié de son incompa-
rable enseignement.

P L A N

- INTRODUCTION
- HISTORIQUE
- INSTRUMENTATION
- TECHNIQUE

- I. Préparation de la malade
- II. Préliminaires
- III. Technique proprement dite

A - L'insufflation

- 1°) - Choix du point d'introduction du trocard.
- 2°) - Réalisation du pneumopéritoine.

B - Mise en place du Coelioscope.

- IV. Variantes et Incidents.
- V. Manoeuvres associées.

- A - L'injection colorée
- B - Ponction de kyste
- C - Biopsies

- OBSERVATIONS

- I. Les grossesses extra-utérines
- II. Les stérilités
- III. Les masses annexielles
- IV. Les algies rebelles
- V. Les métrorragies
- VI. Les troubles menstruels

- COMMENTAIRES
- CONCLUSIONS
- BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier cent Coelioscopies qui ont été faites dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Professeur MERGER au Centre Hospitalo-Universitaire de l'Hôpital Saint-Antoine de Mars 1965 à Mars 1966.

Les indications qui ont présidé à la réalisation de ces Coelioscopies reconnaissent des étiologies diverses.

Parmi ces étiologies, il s'agissait :

- 28 fois de grossesse extra-utérine
- 19 fois de stérilité
- 13 fois de masses annexielles
- 25 fois d'algies pelviennes
- 8 fois de métrorragies
- 7 fois de troubles menstruels

Ces examens ont été réalisés soit pour confirmer un diagnostic, soit comme complément d'un bilan gynécologique.

Lorsqu'une urgence gynécologique semble en cause, la Coelioscopie permet d'éviter certaines interventions inutiles en redressant un diagnostic erroné. Dans d'autres cas, au contraire, elle confirme la réalité de cette urgence et permet d'intervenir immédiatement, comme c'est le cas dans les grossesses extra-utérines.

Elle permet de compléter le bilan d'une stérilité en précisant les lésions péritonéales souvent associées à cette affection. mieux qu'un autre examen en précisant la morphologie et l'aspect des ovaires.

Elle permet de mieux préciser la nature d'une masse pelvienne et enfin peut contribuer au diagnostic d'une algie pelvienne rebelle.

Dans certains cas on peut lui associer une biopsie tubaire ou ovarienne, une ponction de kystes ; elle constitue ainsi un moyen diagnostique et parfois thérapeutique d'une grande valeur ; son éloge n'est plus à faire.

oOo

HISTORIQUE

La Coelioscopie est une méthode d'exploration qui est apparue après la première endoscopie cavitaire réalisée par NITZE en 1879 et qui fut une cystoscopie.

En 1901, à Hambourg, KELLING réalisa la première coelioscopie sur le chien, avec le cystoscope de NITZE, après anesthésie locale et insufflation d'air dans le péritoine.

La même année, à St-Pétersbourg, VAN OTT décrivit sa technique de ventroscopie en introduisant un speculum à travers une étroite incision de la paroi abdominale et en utilisant un éclairage intense.

En 1910, JACOBÆUS de Stockholm, publia les premiers résultats de thoracoscopie et laparoscopie ; il employait une méthode à peu près analogue à celle de KELLING.

En Amérique, BERNHEIM en 1911, ignorant les travaux de KELLING et JACOBÆUS, décrivit une méthode d'exploration abdominale endoscopique.

Mais aucun de ces auteurs ne semblait s'intéresser plus particulièrement à la cavité pelvienne, au point de vue gynécologique.

Il semble que ce soit NORDENSTORFF de Copenhague, qui, en 1912, utilisa pour la première fois l'insufflation gazeuse de l'abdomen et la position de Trendelenbourg pour voir les organes pelviens, mais il ne semble pas qu'il ait entrevu les possibilités de cette méthode.

En 1913, RENON proposait la méthode en France.

En 1920, à Chicago, ORNDOFF mit au point une technique qu'il appela péritonéoscopie et qui lui permit de faire le diagnostic de grossesse extra-utérine, péritonite tuberculeuse, hémopéritoine et kyste de l'ovaire.

En 1924, un Suisse, ZOLLIKOFFER employa le gaz carbonique pour l'insufflation de l'abdomen.

Depuis cette époque, de nombreux auteurs ont employé la méthode endoscopique sous diverses formes.

En 1937, HOPE montra l'intérêt de la coelioscopie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine et RUDDOCK publia 900 cas de laparoscopie gynécologique sans accident.

Puis, Te LINDE proposa une méthode de Coelioscopie trans-vaginale en position gynécologique, mais il l'abandonna à cause de la chute en arrière des anses intestinales.

En 1942, en France, BELBENOIT recommandait la laparoscopie dans le diagnostic de la tuberculose intestinale.

En 1943, FOURESTIER et en 1944, Le MELLETIER perfectionnèrent la méthode.

Mais son application en gynécologie était entravée du fait que l'utérus et le ligament large cachaient souvent les trompes et les ovaires, même en position de Tredelenbourg. Ces difficultés ont été résolues par PALMER en 1943 ; il introduisit une canule d'insufflation utéro-tubaire dans l'utérus, qui permettait de le basculer en antéversion forcée.

En 1944, DECKER à New-York, réalisa une méthode d'examen trans-vaginal, en position génu-pectorale sous anesthésie locale, qu'il appela cul-doscopie. Cette position crée une pression négative dans l'abdomen et l'air fait irruption dès que le cul-de-sac de DOUGLAS est ponctionné. L'utérus et ses annexes tombent de leur propre poids en avant, ce qui permet leur inspection.

Mais la position est peu confortable pour la patiente, et, de plus, ne permet pas la narcose. C'est pourquoi, PALMER a mis au point en 1946, une méthode de Coelioscopie par voie vaginale en position gynécologique, sous anesthésie générale. On lui préfère aujourd'hui la voie abdominale.

oOo

INSTRUMENTATION

La technique que nous utilisons est la méthode de Coelioscopie trans-pariétale après insufflation gazeuse de la cavité péritonéale.

Nous employons l'appareil de DRAPIER avec éclairage selon le dispositif universel pour endoscopies de FOURESTIER et VULMIERE.

L'appareil de commande d'éclairage est compris dans une valise spéciale avec un aspirateur destiné à refroidir la lampe. L'éclaireur est relié au dispositif d'éclairage par un tube en caoutchouc long de cm. Il comprend une lampe de grande puissance (70 Watts) qui a le gros avantage d'être extérieure à l'organisme endoscopé. La lumière est transmise à l'extrémité de l'endoscope par un tube de quartz, et nous disposons de trois optiques avec les quartz correspondants :

- un optique à vision directe.
- un optique à vision oblique (60°).
- un optique à vision perpendiculaire (90°).

Nous montons progressivement l'intensité lumineuse jusqu'à 10 ampères et nous nous réservons la possibilité d'un survoltage à 15 ampères lorsque nous désirons prendre des photographies.

TECHNIQUE.

I - PREPARATION DE LA MALADE.

=====

Le matin de l'intervention, la femme est laissée à jeun, et prémédiquée selon les prescriptions de l'anesthésiste. On s'assure avant toute manœuvre de la vacuité vésicale que l'on sonde au besoin avant le début des opérations.

La femme est installée en salle d'opérations sur table chirurgicale en position de double équipe, les creux poplités et les jambes reposant sur des gouttières permettant une abduction et une flexion des cuisses à 45°, les genoux fléchis à angle droit.

Il faut installer la femme en faisant légèrement déborder le siège de la table. Il doit exister un dispositif d'épaulières qui permette la création d'un Tredelenbourg très accusé lorsque nécessité s'en fera sentir au cours de la Coelioscopie.

Toutes nos Coelioscopies ont été faites sous anesthésie générale et sous intubation trachéale pour permettre la possibilité d'une mise en position déclive très accentuée sans gêne de la ventilation pulmonaire, celle-ci étant assurée à la main par l'anesthésiste lui-même à l'aide du ballon.

A noter que la pièce peut être obscurcie pour permettre de bonnes conditions d'examen.

II - PRELIMINAIRES.

=====

La peau de l'abdomen est préparée comme pour une intervention chirurgicale qui est d'ailleurs quelquefois soudée à la Coelioscopie : elle est aseptisée avec une solution antiseptique et cernée de quatre champs stériles.

L'opérateur place lui-même après désinfection vaginale une pince de POZZI sur la lèvre antérieure du col utérin, et, toutes les fois que la réaction biologique de grossesse est négative, une canule à insufflation utérutubaire dans le canal cervical et l'isthme, qui permettra de mobiliser le corps utérin, la canule étant solidarisée à la pince de POZZI. Cette canule est mise par l'opérateur lui-même avant qu'il ne se lave les mains, ou par un aide lorsqu'on peut disposer de son assistance.

L'opérateur ganté et revêtu d'une casaque stérile, peut entreprendre l'insufflation gazeuse.

III - TECHNIQUE PROPREMENT DITE.

=====

A - L'Insufflation

1° - Choix du point d'introduction du trocard.

Nous utilisons le trocard de KUSS modifié pour l'insufflation gazeuse avec un jeu de deux mandrins :

- un mandrin acéré pour la traversée des plans pariétaux.
- un mandrin mousse pour la traversée du péritoine.

Le trocard est relié à un appareil à insufflation de BONNET par un caoutchouc de 1 à 2 cm qui va permettre une insufflation à débit réglable d'une quantité variable de gaz carbonique.

Le point d'introduction se trouve dans l'hypochondre gauche à deux travers de doigt du rebord costal, sur le prolongement de la ligne axillaire antérieure.

L'opérateur se place à gauche de la malade ; de la main gauche, il tend le rebord costal, de la main droite il introduit le trocard avec le mandrin acéré, obliquement dans la paroi abdominale, en visant un point situé au centre de l'excavation pelvienne. Le choix de ce point de ponction permet d'éviter les branches de l'artère épigastrique, et ce n'est qu'au cas où existerait une splénomégalie importante que ce point serait déplacé plus bas vers la fosse iliaque gauche.

2° - Réalisation du pneumopéritoine.

Après la traversée des plans pariétaux, on remplace le mandrin acéré par le mandrin mousse pour pénétrer dans la cavité péritonéale. Cette pénétration se traduit généralement par une sensation de liberté du bout de l'aiguille et chez les femmes maigres on peut palper l'extrémité mousse du trocard à travers la fosse lombaire grâce à une main postérieure.

S'il existe le moindre doute sur le siège exact du bout de l'aiguille, on adapte une seringue de 20 cc sur le trocard de KUSS ; l'injection de 20 cc d'air se fait sans difficulté dans la cavité péritonéale ; par contre, lorsque le piston est à bout de course, toute aspiration est impossible avec résistance particulière du piston à la traction.

Lorsque l'aiguille est en place, on réalise le pneumo-péritoine en injectant une quantité variable de gaz carbonique aux alentours de trois à quatre litres.

Cette insufflation est réalisée avec l'appareil de BONNET, qui est mis en position de purge avant l'adaptation du tuyau de caoutchouc sur le trocard. Puis le débit est réglé à 30 cc/minute. On voit l'aiguille du manomètre s'élever à quinze ou vingt millimètres de mercure, puis retomber à dix millimètres ; il faut alors augmenter le débit jusqu'à 500 cc/minute, de façon à obtenir un bon pneumo-péritoine bien tympanique à la percussion avec une pression stabilisée en général vers 25 mm de mercure.

B - Mise en place du Coelioscope.

On peut alors introduire le trocard du Coelioscope ; sauf contre-indication particulière, nous l'avons toujours introduit sur la ligne médiane, dans le pli de l'ombilic, après une incision curviligne de la peau de l'ombilic

de huit à dix mm. Seules, les femmes très obèses, avec une épaisseur considérable du pannicule adipeux, constituent un obstacle à ce mode d'introduction, l'épaisseur de la paroi limitant la pénétration de l'optique et ne permettant d'approcher d'assez près les organes génitaux. Le tube est introduit dans ce cas à mi-distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne après une incision verticale de la peau sur la ligne blanche.

Donc, après incision de la peau, nous éraillons du bout de la lame du bistouri l'aponévrose des grands droits, pour permettre l'introduction du trocard mousse. Avant cette introduction, la femme est placée en léger déclive ; le trocard est incliné sur la paroi abdominale de 45° environ pour éviter la saillie du promontoire et la bifurcation des gros vaisseaux pré-vertébraux.

La pénétration dans la cavité abdominale est marquée par un brusque ressaut après perception d'un bruit mat.

Dès le retrait du trocard, l'issue bruyante de gaz par la gaine, confirme la situation correcte du tube, et il ne reste plus qu'à introduire le Coelioscope dans la cavité abdomino-pelvienne.

Nous utilisons toujours en premier examen le Coelioscope à vision terminale, en commençant la Coelioscopie par un tour d'horizon de la cavité abdominale et pelvienne, en surplombant très à distance les organes génitaux.

La mobilisation du fond utérin, grâce à la canule d'insufflation intra-cervicale et à la réalisation d'une position déclive accentuée, permet dans la plupart des cas une vision correcte des organes génitaux bien dégagés des anses intestinales, refoulées hors du pelvis.

En fonction des premières découvertes, une optique à 60 ou 90° peut être substituée à l'optique à vision terminale pour étudier le détail de certaines parties distales de la trompe, ou la face masquée de l'ovaire.

En fin de Coelioscopie, la femme est replacée en position horizontale. On peut alors retirer l'optique ; le gaz s'échappe par le tube ; il faut veiller à bien l'évacuer de la cavité abdominale, en déprimant au besoin la paroi à deux mains à la fin de l'expiration lors du retrait du tube, pour éviter les douleurs scapulaires gênantes au réveil de la femme.

L'incision cutanée est suturée avec une agrafe de MICHEL retirée trois à quatre jours après.

IV - VARIANTES et INCIDENTS.

=====

Il existe deux contre-indications classiques à la Coelioscopie.

- l'existence d'une cicatrice abdominale antérieure, ayant porté sur l'étage sous-ombilical, et,

- la notion de péritonite ancienne ou actuelle qui aurait pu donner lieu à ces adhérences péritonéales.

En fait, l'existence de cicatrices abdominales, surtout transversales, comme les incisions de PFANNENSTIEL, ne nous a pas paru une contre-indication absolue à la méthode ; en pareil cas, nous faisons toujours précéder l'introduction du trocard de Coelioscopie, par une ponction avec une aiguille montée sur seringue, dans la région choisie pour la Coelioscopie.

L'existence d'un pneumo-péritoine sous tension donne un reflux caractéristique du piston, toutes les fois que l'aiguille est en péritoine libre non cloisonné. On peut alors introduire le trocard à Coelioscopie. Le choix du point d'introduction du trocard dépend en pareil cas :

1° - du tracé de l'incision antérieure.

2° - du trajet des vaisseaux épigastriques.

Nous n'avons jamais observé qu'un seul incident mineur qui était la création d'un emphysème sous-péritonéal chez une femme très grasse après mauvaise introduction de l'aiguille à insufflation.

Mais en pareil cas, le gonflement asymétrique du ventre avec perception caractéristique d'une crépitation gazeuse et l'élévation excessive de la pression d'insufflation, pouvait, avant l'introduction du tube, affirmer l'erreur de technique.

La Coelioscopie peut être reprise après mise en place du trocard d'insufflation dans un point symétrique et diamétralement opposé, dans l'hypochondre droit.

Nous n'avons jamais observé d'hémorragie ni de lésion intestinale au cours de nos Coelioscopies. Seules, dans les Coelioscopies après intervention, nous avons eu parfois des difficultés d'exploration de la cavité pelvienne, étant donné l'existence d'adhérences épiploïques nombreuses qui ne rendaient possible l'examen qu'à travers d'étroites fenêtres.

V - MANOEUVRES ASSOCIEES.

=====

Nous avons, dans certains cas, associé à la Coelioscopie :

A - des injections colorées, surtout dans la stérilité d'origine tubaire.

B - La ponction des kystes.

C - La biopsie tubaire ou ovarienne.

A - L'injection colorée.

Nous injectons souvent, dans les Coelioscopies pour stérilité d'origine tubaire, par la canule d'insufflation utéro-tubaire, une solution novocaïnée de bleu de méthylène, diluée dans du sérum physiologique. Cette injection est poussée à la seringue banale ou à la seringue d'hystéro-salpingographie.

Dans les cas de perméabilité tubaire, on voit sourdre très facilement du liquide par le pavillon de la trompe.

Lorsque les trompes sont bouchées, on voit le bleu s'accumuler dans les pavillons avec une coloration très particulière visible à travers la paroi amincie et distendue de certains hydro-salpinx.

B - Ponction de Kyste.

Dans certains cas de kystes fonctionnels de l'ovaire ou de kystes séreux, nous avons pu en vider le contenu par ponction simple transpariétale à l'aide d'un gros trocard ou d'une aiguille à P.L. ; l'aiguille est introduite au plus court dans la fosse iliaque. En illuminant, grâce à un éclairage intense par le Coelioscope la paroi abdominale, les vaisseaux épigastriques sont visibles par diaphanoscopie et peuvent être évités.

C - Biopsies.

De même, on peut introduire par un orifice de ponction séparé dans une des fosses iliaques, une pince à biopsie avec gaine isolante qui permet une biopsie ovarienne ou tubaire avec possibilité d'électro-coagulation.

oOo

OBSERVATIONS

I - LES GROSSESSES EXTRA-UTERINES

. Observation n° 1

Madame G..., âgée de 37 ans, entre dans le service le 5 Mars 1965, pour aménorrhée depuis mi-Janvier, avec douleurs hypogastriques mais sans métrorragies.

- Antécédents : cycle régulier = tous les 28 jours. Règles durant 3-4 jours.
- 2 accouchements normaux.
- jamais de fausse couche.

En 1960, apparition de ménométrorragies qui ont entraîné une Coelioscopie à l'Hôtel-Dieu = découverte d'un kyste fonctionnel.

- La Coelioscopie met en évidence du sang dans le Douglas, ce qui entraîne l'intervention immédiate.

- Diagnostic d'intervention : grossesse extra-utérine avec avortement tubo-abdominal droit. Salpingectomie droite.

. Observation n° 2.

Madame U..., âgée de 36 ans, entre dans le service le 12 Mars pour petites métrorragies ininterrompues avec douleurs pelviennes.

- Antécédents : dernières règles = 10 Décembre 1964.

- Examen : masse arrondie douloureuse dans le cul-de-sac droit.

La Coelioscopie met en évidence une grossesse ampullaire droite non rompue entraînant une salpingectomie droite.

. Observation n° 3.

Madame S..., âgée de 31 ans, entre dans le service le 29 Mars 1965, pour métrorragies avec retard de règles.

Il s'agit de saignements quotidiens avec caillots accompagnés de douleurs pelviennes modérées.

- Diagnostic biologique de grossesse négatif le 10 Mars 1965

- Hystérosalpingographie le 22 Mars. Traitement méthergin-Capramol.

- Antécédents : premières règles à 12 ans. Cycle régulier : tous les 28 jours. Règles durant 3 - 4 jours.

1958 : grossesse extra-utérine gauche rompue - annexectomie gauche.

- Examen : masse dans le cul-de-sac droit.

La Coelioscopie ne peut conclure formellement à une grossesse extra-utérine : la trompe droite est rouge violacée, augmentée de volume.

A L'intervention, on découvre une grossesse ampullaire droite non rompue et l'on fait une salpingotomie.

. Observation n° 4.

- Madame M..., âgée de 41 ans, consulte pour douleurs abdominales avec lipothymies.

La Coelioscopie montre une grossesse extra-utérine qui se révèle être, à l'intervention une grossesse tubaire médio-ampullaire rompue ; on fait une salpingectomie gauche.

• Observation n° 5.

Madame M..., âgée de 40 ans, consulte pour métrorragies après 10 jours de retard de règles avec douleurs vives au niveau de la fosse iliaque droite, et malaises.

La Coelioscopie met en évidence du sang avec caillots dans le péritoine pelvien, et permet d'objectiver une grossesse extra-utérine droite avec avortement tubo-abdominal.

On pratique immédiatement une salpingectomie droite.

• Observation n° 6.

- Madame P..., âgée de 34 ans, vient consulter pour algies pelviennes à type de coliques, sans métrorragies.

- Diagnostic biologique de grossesse positif.

De plus, stérilité primaire.

La Coelioscopie objective une grossesse ampullaire gauche.

• Observation n° 7.

- Madame C..., âgée de 22 ans, consulte le 29 Juin 1965 pour douleurs pelviennes droites depuis 15 jours et se propageant à gauche depuis 2 jours.

Elle a toujours été bien réglée : tous les 30 jours et durant 10 jours ; les dernières règles datent du 16 Mai, mais il y a eu un retard de règles en Juin avec traitement par Duogynon les 21 et 22 Juin.

Le 25 Juin apparition de règles modifiées, sang noir peu abondant au début, puis sang rouge.

Par ailleurs, la malade se plaint de nausées, vertiges, asthénie, depuis le 16 Juin, et de gonflement des seins depuis le 7 Juin.

- Antécédents : appendicectomie - pas d'enfant.

Premières règles à 11 ans.

La Coelioscopie montre une grossesse ampullaire droite non rompue à la portion distale de la trompe.

L'intervention immédiate permet de réaliser une salpingectomie partielle et une salpingoplastie droite.

. Observation n° 8.

- Madame G..., âgée de 35 ans, entre dans le service le 5 Septembre 1965 pour métrorragies de sang rouge depuis 8 jours précédées de douleurs pelviennes depuis 15 jours.

- Antécédents : premières règles à 13 ans. Réglée tous les 27 à 47 jours pendant 7 jours. Dernières règles : 25 Juillet 1965.

- Un enfant de 7 ans.

- Appendicectomie en 1947.

L'examen retrouve une douleur dans le cul-de-sac de Douglas avec empatement de ce dernier.

La Coelioscopie montre une grossesse ampullaire droite rompue avec oeuf complet dans la cavité péritonéale.

Intervention = salpingectomie droite.

. Observation n° 9.

- Madame L..., âgée de 33 ans, entre dans le service le 4 Novembre 1965, pour suspicion de grossesse extra-utérine ou torsion de kyste de l'ovaire.

Début Octobre 1965 apparaissent des métrorragies de sang rouge, sans caillots, sans douleurs, sans vertiges, mais avec gonflement des seins et insomnies.

Vers la mi-October, des douleurs épigastriques apparaissent. Le médecin consulté évoque le diagnostic de grossesse extra-utérine et prescrit K-Thrombyl et Pérandrone.

Une réaction biologique de grossesse faite le 20 Octobre est négative.

Après le traitement, les métrorragies sont plus abondantes avec expulsion de petits caillots. La température est toujours supérieure à 37° depuis le 15 Octobre.

Les douleurs et les métrorragies persistant, on lui prescrit Benzogynöestryl et Syntocinon.

A partir du 1er Novembre, les douleurs sont nettement plus violentes : environ 1 à 2 crises par jour, mais non localisées : abdominales à prédominance épigastrique.

Le 4 Novembre dans la soirée, douleurs très vives localisées nettement à la fosse iliaque droite mais se stoppant spontanément au bout d'une demi-heure.

- Antécédents : Para-typhoïde à 18 ans.

Appendicectomie avec cure de hernie inguinale en 1945.

Accouchement normal à terme en 1953.

Premières règles à 13 ans, bien réglée tous les 28 jours durant 5 jours.

- A l'examen : abdomen souple, légère défense hypogastrique et au niveau de la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal : l'utérus est un peu augmenté de volume ; le col est un peu mou ; le cul-de-sac de Douglas indolore ainsi que le cul-de-sac gauche. Mais le cul-de-sac droit est très douloureux avec peut-être une masse arrondie dont on perçoit bien le pôle inférieur ; la défense empêche de bien la délimiter.

La Coelioscopie (5.11.65) montre une grossesse ampullaire droite avec avortement tubo-abdominal.

On fait une salpingectomie droite.

• Observation n° 10.

- Madame D..., âgée de 25 ans, consulte le 26 Décembre 1965 pour douleurs abdominales et pertes sépia.

Il s'agit d'une nullipare, enceinte d'un mois 1/2 avec réaction biologique de grossesse positive.

Depuis début Décembre, apparaissent des pertes d'abord rouges puis brunâtres, sales, sépia, fétides, quotidiennes, peu abondantes, accompagnées de douleurs de la région sous-ombilicale.

Un traitement médical a alors été institué avec Distilbène-Proluton.

A l'examen, le toucher vaginal est douloureux et retrouve un col fermé et dur. Le cul-de-sac antérieur est libre. Latéralement et postérieurement, l'examen est impossible devant l'intensité de la douleur.

- Antécédents :

Octobre 1964 : salpingite bilatérale.

Dernières règles : 28 Octobre 1965.

Bien réglée.

L'hystérosalpingographie montre que les trompes ne sont pas perméables.

La Coelioscopie objective une grossesse ampullaire droite rompue.
Intervention : salpingectomie.

• Observation n° 11.

- Madame B..., âgée de 31 ans, consulte le 23 Septembre 1965, pour suspicion de grossesse extra-utérine.

Depuis les dernières règles, le 1er Août sont apparues des métrorragies après 12 jours de retard, associées à des douleurs pelviennes, médianes à irradiations lombaires, des nausées, des vertiges.

- Antécédents :

Premières règles à 12 ans.

Bien réglée tous les 30 jours durant 2 à 3 jours.

Avortement spontané à 4 mois 1/2 avec rétention : curettage.

Accouchement normal à terme en 1959.

Examen : utérus antéversé, augmenté de volume. Les culs-de-sac sont peu profonds ; le cul-de-sac de Douglas est douloureux avec perception d'une masse.

La réaction biologique de grossesse est négative.

La Coelioscopie montre une volumineuse hématocele rétro-utérine imposant l'intervention immédiate.

On retrouve alors une trompe droite rompue dans sa partie ampullaire. On pratique une salpingectomie.

• Observation n° 12.

- Madame L..., âgée de 25 ans, vient consulter le 10 Janvier 1966, pour douleurs pelviennes et aménorrhée.

L'aménorrhée date du 21 Novembre 1965.

Les douleurs pelviennes sont en barre, de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche, bien rythmées, permanentes avec irradiations lombaires, bilatérales, à type de pesanteur, avec nausées, mais sans métrorragies ni syncopes.

- Antécédents :

Puberté à 12 ans.

Cycle : 28 jours/5 j.

1959 : accouchement normal à terme.

1961 : avortement provoqué à 3 mois.

1962 : avortement provoqué à 2 mois.

1964 : grossesse extra-utérine.

Appendicectomie.

Dyspareunie depuis l'accouchement.

A l'examen, l'utérus est rétroversé.

La Coelioscopie montre une grosse trompe bleutée : il s'agit d'un hématosalpinx.

L'intervention immédiate permet de faire une salpingotomie avec extraction de l'oeuf.

. Observation n° 13.

- Madame D..., âgée de 31 ans, vient consulter le 12 Janvier 1966 pour métrorragies, douleurs pelviennes, et retard de règles de 20 jours.

Une réaction biologique de grossesse faite le 8 Janvier 1966 était positive.

- Antécédents :

Annexectomie gauche pour grossesse extra-utérine en 1961.

Premières règles à 12 ans.

Cycles 28 jours/4 j.

L'examen retrouve un utérus augmenté de volume dévié à gauche. Les culs-de-sac sont libres.

La Coelioscopie met en évidence un hématosalpinx.

On fait une salpingectomie.

. Observation n° 14.

- Madame K..., âgée de 26 ans, entre dans le service le 6 Février 1966, pour douleurs abdominales avec métrorragies. Les dernières règles datent du 30 Décembre 1965 ; le 13 Janvier 1966 apparaissent des pertes noirâtres, épaisses, peu abondantes, quotidiennes. Puis, règles normales avec la dysménorrhée habituelle des 2 jours précédents et du 1er jour.

Mais les pertes de sang deviennent anormalement prolongées, durant jusqu'au 7 Février 1966, avec douleurs hypogastriques en barre, nettes à la fosse iliaque gauche, à type de lancement, évoluant par paroxysmes.

Au toucher vaginal, le col est long, dur, fermé, dévié à droite.

Le cul-de-sac gauche est comblé, très douloureux avec perception d'une masse. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

- Antécédents :

Puberté à 17 ans.

Cycle : 29 jours/4 j.

1965 : avortement spontané à 1 mois 1/2, curetage.

La Coelioscopie montre une grossesse ampullaire gauche de très petit volume. On pratique une salpingectomie.

• Observation n° 15.

- Madame B..., âgée de 44 ans, entre pour grossesse extra-utérine suspectée sur des pertes de sang marron avec douleurs syncopales.

Dernières règles : 23 Décembre 1965.

La réaction biologique de grossesse est positive.

A l'examen, le cul-de-sac de Douglas est très douloureux ; le corps utérin est très discrètement augmenté de volume, le cul-de-sac droit est douloureux.

La Coelioscopie met en évidence une grossesse isthmique gauche rompue.

• Observation n° 16.

- Madame P..., entre dans le service pour métrorragies légères avec irrégularités menstruelles depuis 4 mois.

Au toucher vaginal : on trouve une masse hypogastrique douloureuse.

Le diagnostic biologique de grossesse est positif.

La Coelioscopie montre un fibrome du fond ; les trompes sont normales. Il y a en plus une grossesse utérine de 3 mois.

. Observation n° 17.

- Madame D..., âgée de 34 ans, consulte pour métrorragies et pertes brunâtres après retard de règles, accompagnées de douleurs pelviennes droites.

Au toucher vaginal, on sent une petite masse douloureuse près de la corne droite.

La Coelioscopie objective une grossesse utérine normale avec trompes saines.

. Observation n° 18.

- Madame C..., âgée de 33 ans, entre dans le service le 12 Octobre 1965 pour métrorragies de sang noir peu abondantes début Septembre, à la date présumée des règles, avec vertiges et asthénie, sans nausées ni vomissements, avec fébricule à 37°5-38° et ceci depuis 1 mois.

Le 9 Octobre, elle est prise de vomissements incoercibles, et expulse un gros caillot.

- Antécédents :

Premières règles à 12 ans.

Cycle : 28-29 jours/8 à 10 j.

Trois accouchements normaux en 1955, 1958, 1961.

Salpingite en 1962.

Dernières règles le 10 Août 1965.

La Coelioscopie montre un utérus gravide de 9 semaines environ, latéro-dévié à droite. Pas de sang noir dans le Douglas ; ovaire droit un peu gros, mais normal ; trompe saine.

• Observation n° 19.

- Madame S..., âgée de 34 ans, entre dans le service le 23 Avril 1965 pour retard de règles de 3 semaines et métrorragies.

- Antécédents :

Pyélonéphrite

Premières règles à 13 ans 1/2.

Cycle : 26 jours/4 j.

Ovulation douloureuse depuis 4 à 5 ans.

Dernières règles : 2 Février 1965.

Diagnostic biologique de grossesse positif à 1 000 unités

Toucher vaginal : petite masse latéro-utérine gauche.

La Coelioscopie ne peut objectiver qu'une trompe droite renflée, rigide, inflammatoire et une dystrophie kystique de l'ovaire droit.

• Observation n° 20.

- Madame S..., âgée de 22 ans, vient consulter le 26 Mai 1965 pour métrorragies.

- Antécédents :

Premières règles : 13 ans.

Cycle : 27 jours/8 j.

Leucorrhée depuis 5 ans.

Dernières règles : 12 Mars - 14 Avril - 17 Mai 1965

Trois grossesses : 1961 - 1963 - 1964.

Deux fausses couches : 1963 - 1965.

Salpingite en Juin 1964.

Depuis les dernières règles : métrorragies rouges avec caillots.

- Examen : utérus antéversé, mobile, indolore. Cul-de-sac droit normal ; à gauche : masse indépendante de l'utérus, mobile douloureuse.

La Coelioscopie montre une très importante salpingite bilatérale avec nombreuses adhérences. Un ovaire droit petit enfoui sous de nombreuses

adhérences ; un ovaire gauche plus volumineux, blanc nacré, encapuchonné complètement par la trompe gauche. Pas de sang dans le Douglas.

. Observation n° 21.

- Madame R..., âgée de 24 ans, entre dans le service le 7 Octobre 1965 pour métrorragies depuis le 22 Septembre 1965 et douleurs dans la fosse iliaque droite.

- Antécédents :

Primo-infection silencieuse à 16 ans.

Accouchement normal à terme en Juin 1963.

Premières règles : 14 ans. Cycle : 30 jours/7 j.

Dysménorrhée des 2 premiers jours.

Dernières règles : 4 Septembre 1965.

- Examen : utérus dur, de volume peut-être un peu augmenté dévié à gauche. Culs-de-sacs libres. Douglas indolore.

Réaction biologique de grossesse : négative.

La Coelioscopie montre : utérus normal. Varicocèle droit. Quelques adhérences péri-ampullaires. Trompe droite très congestive et adhérente à la face postérieure du ligament large. Trompe gauche normale.

Conclusion : épisode ancien d'annexite prédominant à droite.

. Observation n° 22.

- Madame A..., âgée de 26 ans, entre le service le 30 Mai 1965 pour suspicion de grossesse extra-utérine ou kyste de l'ovaire. Depuis le 25 Mai : douleurs iliaques droites à type de poids - sans nausées, ni fièvre, ni métrorragies.

- Examen : douleur pelvienne provoquée iliaque droite.

Toucher vaginal : sensibilité très vive au niveau d'une masse annexielle droite.

- Antécédents : R.A.A. à 8 - 9 ans.

Appendicectomie en 1963.

Premières règles : 11 ans. Cycle : 28 jours/5 j.

Dernières règles : 9 Mai 1965.

Fausse-couche en Mars 1964 à 2 mois 1/2, non curetée.

La Coelioscopie montre un utérus normal, trompes et pavillons normaux, ovaire gauche normal.

Kyste ovaire droit rompu sous toucher vaginal avant la Coelioscopie, on voit la poche kystique.

. Observation n° 23.

- Madame A..., âgée de 20 ans, adressée par son médecin pour suspicion de grossesse extra-utérine.

Dernières règles normales : 19 Novembre 1965 = 4 jours.

Depuis hypoménorrhée : 17 Décembre = 2 jours

15 Janvier = 1 jour 1/2

Pas de perte de sang en dehors de ces dates.

Leucorrhées fétides.

Douleurs pelviennes bilatérales à prédominance droite depuis début Janvier. Signale des malaises avec vertiges, refroidissements. Pas de douleur scapulaire - en outre : nausées. Pas de pollakiurie. Seins non gonflés, non douloureux.

- Antécédents : premières règles : 13 ans. 28 jours/4 j.

1963 : épisode douloureux pelvien avec métrorragies.

Coelioscopie : diagnostic de salpingite.

Traitement antibiotique + Propidon.

Stérilité involontaire depuis les premiers rapports, il y a 4 ans, sans précaution.

Appendicectomie à 14 ans.

- Examen : utérus à peine gros, dévié à gauche, antéversé.

Masse dans le cul-de-sac droit, grosse comme un abricot, douloureuse.

Kyste ovarien vraisemblable.

A la Coelioscopie, on voit un hydrosalpinx bilatéral avec adhérences vélamenteuses entre trompes et utérus, et obturation du pavillon.

Epreuve au bleu négative : pas d'injection de la portion ampullaire.

. Observation n° 24.

- Madame N..., âgée de 20 ans, consulte le 17 Février 1966 pour douleurs pelviennes. Vertiges le 4 Février 1966. Pas de fièvre. Dernières règles le 5 Janvier 1966. Cycles irréguliers.

- Examen : sang noirâtre dans le vagin. Gros col violacé.

Toucher vaginal : utérus un peu gros, très antéversé, douloureux à la palpation. Cul-de-sac gauche souple. Cul-de-sac droit empâté et très douloureux. Douglas douloureux au toucher vaginal.

La Coelioscopie montre des trompes normales, ovaire gauche volumineux, follicule de la taille d'une cerise.

Conclusion : follicule persistant de l'ovaire gauche.

. Observation n° 25.

- Madame P..., âgée de 22 ans, entre dans le service le 16 Septembre pour métrorragies et suspicion de grossesse extra-utérine. Dernières règles le 27 Juin 1965.

Début des métrorragies : mi-Août.

Aurait été hospitalisée à Londres fin Août pour curetage ? Depuis sa sortie fin Août, début Septembre, se plaint de métrorragies, douleurs et malaises.

- Antécédents : premières règles : 10 ans. Cycles : 28/5-6 j.

Electro-coagulation en Juin 1959.

Infection urinaire et cystite en Août 1965.

Pas de fausse-couche.

- Examen : col sain avec du sang qui sourd de l'orifice externe.

Toucher vaginal : l'utérus est petit, fermé, antéfléchi, mobile.

Culs-de-sac : sensibilité extrême surtout à gauche et dans le Douglas.

Coelioscopie : salpingite. Torsion d'Hytatide pédiculé à gauche.

Ovaires scléreux.

. Observation n° 26.

Madame L..., âgée de 45 ans, entre dans le service pour suspicion de grossesse extra-utérine sur :

- métrorragies avec caillots le 27 Septembre 1965, douleurs à type de coliques. Pas de malaises.

- Antécédents : 4 enfants.

Dernières règles normales en Avril.

Aménorrhée de 4 mois.

Fin Septembre : ménorragies.

- Examen : toucher vaginal : petits utérus. Douglas atrocement douloureux. Abdomen souple mais douloureux.

La Coelioscopie montre des organes génitaux parfaitement sains, avec corps jaune à droite et du sang rouge refluant de la trompe gauche.

. Observation n° 27.

Madame B..., âgée de 35 ans, entre dans le service le 16 Février 1966 pour douleurs pelviennes, périodiques, durant 3 jours, permanentes, au niveau de la fosse iliaque droite, avec douleurs mammaires à type de tension et métrorragies depuis le 12 Février 1966. Dernières règles : 27 Janvier 1966. Lipothymies il y a 8 jours.

- Antécédents : Septembre 1965 : kyste du sein droit opéré.

Premières règles : 13 ans 1/2. Cycle irrégulier depuis son intervention sur le sein : 10 jours/5 j. Avant 28/4.

Un enfant de 12 ans.

Appendicectomie en 1962.

- Examen : utérus antéfléchi, discrètement augmenté de volume. Douglas exquisement douloureux. A droite, petite masse très mobile (grosse comme une prune) et la pression révèle une douleur très vive.

Conclusion : grossesse extra-utérine probable.

Coelioscopie : utérus de taille et de coloration normales. Trompes et ovaires normaux. Seule la trompe droite est discrètement hyperhémisée avec une ecchymose de l'ampoule.

. Observation n° 28.

Madame Q..., âgée de 23 ans, entre dans le service le 1er Mars 1966 pour une suspicion de grossesse extra-utérine.

Dernières règles normales : 25 Décembre 1965.

Métrorragies depuis fin Janvier, minimales de sang rouge.

- Examen le 28 Février 1966 : utérus mou paraissant gravide de 1 mois 1/2, rétroversé. Ovaire droit perçu, de la taille d'une grosse prune, sensible. On conclut à : menace de fausse-couche mise sur le compte d'une chute faite le 14 Février 1966. Persistance des métrorragies jusqu'à fin Février, avec Douglas douloureux.

Réaction biologique de grossesse : négative.

- Antécédents : cycle 30 jours/3 j.

La Coelioscopie montre un appareil génital. Pas de grossesse ectopique.

II - LES STÉRILITES.

. Observation n° 29.

Madame S..., âgée de 30 ans, consulte le 14 Mars 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents : 1957 = zona intercostal.

Péritonite appendiculaire à 9 ans.

Eventration opérée à 11 ans.

Abcès du sein droit en suite de couches en 1951.

1961 : examen systématique "voile" pulmonaire. Traité par INH pendant 2 mois.

1962 : ovariectomie gauche et salpingectomie pour kyste et endométriose (?)

1re grossesse 1951 : ANT siège - 3 100 g.

2e grossesse 1957 = Avortement spontané : 5 mois curettage

Premières règles : 13 ans. Cycle : 26 jours/2 j.

1963 : Hystéro-salpingographie : utérus bicorné sans injection à droite.

Toucher vaginal : fond un peu arqué. Utérus un peu dur, un peu gros. Ovaire droit perçu.

Partenaire : oligoasthénospermie modérée, avec formes anormales.

Coelioscopie : pas de passage du bleu dans la trompe restante.

. Observation n° 30.

Madame D..., âgée de 30 ans, vient consulter le 13 Mai 1965 pour stérilité secondaire et métrorragies.

Mai 1963 : avortement spontané au 5e mois, sans curettage. Depuis : cycles allongés - 32 à 33 jours/3-4 j. Règles allongées avec caillots et douleurs.

Métrorragies depuis 1961.

De fin 1961 à Mai 1962 : hémorragies intermenstruelles.

De Mai 1963 à aujourd'hui, nouvelles hémorragies intermenstruelles. Pas de leucorrhées. Douleurs lombaires et pelviennes du côté droit. Troubles urinaires.

- Antécédents : rectocolite hémorragique en Guinée.

Appendicectomie.

Mycose vaginale : Octobre 1963.

Premières règles : 14 ans.

Pas d'enfant. Une fausse-couche en 1963.

- Examen : petit utérus normal rétroversé. Petite masse pouvant être un gros ovaire.

Coelioscopie : utérus normal. Trompes ayant des dilatations moniliformes. Pavillon enfoui sous fines adhérences. Pas de passage du bleu malgré forte pression. Ovaire de taille normale sans trace de follicule ou corps jaune. Surface blanche et non lisse.

. Observation n° 31.

Madame D..., âgée de 30 ans, entre dans le service le 15 Mars 1966 pour stérilité secondaire.

- Antécédents : premières règles : 11 ans.

Cycles irréguliers jusqu'en 1959 (mariage). Depuis : 25 à 26 jours/3 j.

Avortement spontané de 6 semaines en 1964.

- Examen : utérus de taille normale antéversé, dévié à droite. Cul-de-sac empâté.

Hystéro-salpingographie : dilatation de la trompe gauche avec image d'hydrosalpinx à l'évacuation. Pas de passage du côté droit (trompe injectée).

Mari : spermogramme normal.

- Coelioscopie : utérus de volume normal, en position normale.

Trompe droite très légèrement dilatée dans sa position terminale, mais le pavillon est beau, bien étalé sur l'ovaire qui est de volume et d'aspect normaux. A gauche, la trompe a un trajet sinueux en raison vraisemblablement d'adhérences péri-tubaires.

. Observation n° 32.

Madame B..., âgée de 30 ans. Stérilité primaire et métrorragie récentes. Mariée en 1957, à 22 ans. Tempérance au début.

1959 : mal de Pott dorsal. Intervention en Avril 1959, puis plâtrée un an.

Stérilité involontaire depuis 1963.

- Premières règles : 14 ans 1/2. Cycles 28 jours/4 jours.

Règles peu abondantes, indolores. Toujours très bien réglée.

Dernières règles : 7 Avril 1965, puis métrorragies minimales du 20 Avril AU 5 Mai, puis une métrorragie minime isolée le 12 Mai.

Fausse couche = 0

Virage de cuti à 17 ans avec localisation pulmonaire : 2 mois en préventorium. Pas de traitement antibiotique spécifique.

- Hystéro-salpingographie : hyperplasie sus-isthmique et des trompes avec plis épais et sténose bilatérale externe.

- Examen : normal.

- Coelioscopie : utérus normal. Ovaires normaux. Ovaire droit petit. Trompe gauche un peu épaisse et scléreuse. Le bleu passe à gauche après multiples dilatations. A droite, trompe épaissie, dilatée à l'ampoule avec phimosis du pavillon : pas de passage du bleu.

Biopsie de la paroi ampullaire droite : pas de signe histologique de tuberculose.

. Observation n° 33.

Madame P..., âgée de 25 ans, consulte le 15 Mai 1965 pour stérilité. Désir de maternité. Mariée depuis 3 ans. Contraception depuis un an environ. Rapports réguliers depuis 2 ans : 2 fois par semaine, mais dyspareunie ++. Appréhende les rapports. Aurait eu une déchirure vaginale au cours d'un rapport avant son mariage.

- Antécédents : virage de cuti en 1964 par B.C.G.

Hépatite virale à 17 ans. Appendicectomie à 14 ans.

Premières règles : 13 ans. Cycles : 26 jours/4-5 j

- Examen : utérus antéversé dévié à droite. Ovaire droit perçu. Ovaire gauche normal.

Insufflation : pas de passage.

Décalage thermique probable.

Hystéro-salpingographie : aspect hyperplasique de la muqueuse avec image lacunaire centrale (polype). Aucune injection tubaire.

Spermogramme normal.

- La Coelioscopie montre un utérus normal. Trompe droite : bosselée, un peu augmentée de volume. Agglutination incomplète des franges du pavillon avec une zone de striction au niveau du pavillon. A gauche, la portion distale de la trompe et l'ovaire forment un tout pris dans de nombreuses adhérences.

Epreuve au bleu : négative. Le bleu passe jusque dans la portion moyenne de la trompe droite sans franchir le pavillon. Passage du bleu dans la trompe gauche.

Conclusion : stérilité par obstruction tubaire bilatérale. Pas de signe de tuberculose. Péritoine sain.

• Observation n° 34.

Madame F..., âgée de 29 ans ; vient consulter le 10 Juillet 1965 pour stérilité secondaire, après grossesse extra-utérine non prouvée. Dysménorrhée du 1er jour très intense avec lyothymies.

- Antécédents : premières règles : 17 ans. Cycle irrégulier.

Salpingite à 20 ans.

Grossesse extra-utérine en 1962. Salpingectomie.

Leucorrhée purulente en 1964.

Le mari ne semble pas en cause. (Test de Huhner ++)

- Les conclusions de l'examen retrouvent :

1) un myome de la face postérieure de l'isthme, qui donne son empreinte radiologique à l'hystéro-salpingographie.

2) une suspicion de tuberculose tubaire avec absence de passage péritonéal dont le diagnostic est uniquement basé sur les images d'hystéro-salpingographie.

Pas de B.K. ni de follicules tuberculeux à la biopsie d'endomètre.

3) un utérus hypoplasique en T

4) une image pouvant évoquer au niveau de la trompe droite une endométriose ou une plaque marécageuse d'origine tuberculeuse.

- Examen :

Toucher vaginal : col entr'ouvert. Utérus augmenté de volume, rétroversé. Annexe gauche non perçue. A droite, ovaire lisse, un peu gros.

- Coelioscopie : 23 Septembre 1965. Obturation tubaire bi-latérale avec dilatation kystique de la trompe droite. Le bleu est visible par transparence. La trompe gauche est sténosée, renflée en massue. A son extrémité, l'ovaire droit est visible, il est normal. On voit mal le pôle inférieur de l'ovaire gauche ; pas de granulation suspecte de tuberculose.

Il existe à la face postérieure de la trompe droite un nodule bleuté de la taille d'une lentille évoquant la possibilité d'une endométriose.

• Observation n° 35.

Madame G..., âgée de 29 ans. Stérilité primaire. Mariée depuis 4 ans.

- Antécédents : rien à signaler.

Mari : spermogramme normal.

B.E. = insuffisance lutéinique modérée.

Hystéro-salpingographie : obturation tubaire ?

Utérus bicorne.

- Coelioscopie : 29 Septembre 1965 : obturation bilatérale des trompes particulièrement visible au niveau de la trompe gauche. Le bleu s'accumule dans la portion ampullaire et est visible par transparence. A droite, la trompe est plus épaisse et ne permet pas de voir le liquide de contraste par transparence. Les deux ovaires sont sains. L'utérus est normal sous réserve d'un aspect légèrement arciforme du fond.

• Observation n° 36.

Madame M..., âgée de 32 ans. Vient dans le service pour stérilité secondaire.

- Antécédents : 1963 : fausse-couche 1 mois, curettée.

1964 : grossesse extra-utérine droite = salpingectomie ou annexectomie (?).

Mariée depuis 2 ans 1/2. Désire une grossesse normale.

Premières règles : 13 ans. Cycles : 24-26 jours/6-7 j.

Primo-infection à 15 ans. Aucune image pleuro-pulmonaire anormale. Aucun trouble d'ordre gynécologique ni abdominal.

Paludisme dans l'enfance.

Asthme à 18 ans.

- Coelioscopie : moignon tubaire droit (salpingectomie ancienne). Ovaire droit sain. Trompe gauche augmentée de volume. Obturation du pavillon de l'ampoule dont l'ostium disparaît sous des adhérences.

Conclusion : la coelioscopie confirme la stérilité tubaire gauche avec trompe unique qui hystérogaphiquement est bouchée dès la portion isthmique. Le processus inflammatoire intéresse la totalité de la trompe. L'ostium est lui-même bouché et caché par des adhérences. Ces lésions paraissent au-dessus de toute ressources thérapeutique.

. Observation n° 37.

Madame A..., âgée de 30 ans, consulte le 29 Janvier 1966 pour stérilité primaire depuis 2 ans. Mariée depuis 7 ans.

Antécédents : premières règles : 12 ans. Cycles : 23 jours/5 j.

Examen : utérus un peu gros. Ovaires non perçus.

- Coelioscopie : ovaire droit d'aspect normal. Ovaire gauche sous un voile d'adhérences. Trompe droite se laissant distendre par le bleu. Trompe gauche demeurant filiforme.

. Observation n° 38.

Madame S..., âgée de 35 ans, entre dans le service le 24 Janvier 1966 pour bilan d'une stérilité primaire. Suivie dans le service depuis 1964. Mariée depuis 10 ans ; rapports complets trois fois par semaine.

- Antécédents : péritonite tuberculeuse ascitique (2 litres) confirmée par laparotomie - aucune aménorrhée.

Premières règles : 14 ans. Cycles : 25-26 jours/3 j.

Dysménorrhée. Syndrome pré-menstruel : irritabilité.
Obésité : 80 kg.

- Examen : spéculum : leucorrhée ++

Ectropion péri-orificiel.

Toucher vaginal : paroi épaisse. Utérus semble gros et légèrement dévié à gauche. Culs-de-sac souples.

Biopsie d'endomètre : aspect folliculo-lutéinique tout débutant.

Hystéro-salpingographie : cavité de volume normal dévié à gauche. Les deux trompes sont injectées. La droite est horizontale, rigide, obturée. A gauche : hydrosalpinx net.

A l'entrée : masse à gauche solidaire de l'utérus, avec déviation du col à droite.

- Coelioscopie : obturation tubaire droite. Le bleu passe par la trompe gauche. Fibrome de l'isthme. Volumineux fibrome du fond, dans le Douglas. Ovaire droit sain.

. Observation n° 39.

Madame B..., âgée de 28 ans, vient consulter pour stérilité secondaire.

- Antécédents : 1953 : accouchement normal à terme. Pas de fausse couche ni autre grossesse. Cycles 30 jours/4 j. Règles peu abondantes, douloureuses.

Dernières règles : 11 Mai 1965.

Pas de métrorragies mais leucorrhées ++.

Hystéro-salpingographies : imperméabilité tubaire bilatérale.

Examen : utérus antéversé. Annexes non perçues.

- Coelioscopie : utérus antéfléchi, de taille normale. Trompes grêles nodulaires, encapuchonnées dans des voiles blanchâtres, translucides. Ovaire gauche bien visible, de taille normale. Ovaire droit invisible car caché sous adhérences vélamenteuses qui le soudent à la trompe. Pas de passage au bleu.

Conclusion : stérilité d'origine tubaire vraisemblable. Curettage biopsique de l'endomètre (pour étiologie tuberculeuse). Pas de signe histologique de tuberculose.

. Observation n° 40.

Madame G..., âgée de 31 ans, vient consulter le 25 Mars 1965 pour métrorragies, dysménorrhée et stérilité primaire. Les métrorragies sont apparues vers Août 1964, survenant le 12e jour du cycle, durant 2 jours, indolores.

- Hystéro-salpingographie : oblitération tubaire bilatérale, gros hydrosalpinx gauche, petit hydrosalpinx droit.

- Antécédents : premières règles : 14 ans. Cycle 28 jours/4-5 J.

Salpingite en 1953.

- Coelioscopie : péritonite plastique ancienne avec voiles adhérentiels transparents, envahissant le pelvis.

Trompe gauche très tortueuse distendue par une salpingite kystique : par endroits, la paroi tubaire est mince ; il existe une oblitération kystique du pavillon.

Intervention : salpingostomie droite et implantation tubo-ovarienne. Salpingostomie gauche médio-ampullaire.

. Observation n° 41.

Madame M..., âgée de 34 ans, consulte en Novembre 1965 pour stérilité secondaire.

- 1re grossesse : 1950 avec accouchement normal à terme.

- 2e grossesse : 1953 : avortement spontané à 4 mois. Curettage, pas de transfusion.

Pas de grossesse depuis malgré le désir de maternité.

Aucun bilan n'a été fait exceptée une hystéro-salpingographie en 1965.

Antécédents : appendicectomie en 1959.

Premières règles : 14 ans. Cycle : 26 jours/4 j. Dysménorrhée du 1er jour.

Dernières règles : 15 Novembre 1965.

Examen : utérus légèrement augmenté de volume. Ovaire droit perceptible.

Hystéro-salpingographie : masse calcifiée pré-sacrée du volume d'une noix. Utérus avec déformation régulière du bord droit. Myome sur le bord supérieur ? trompes irrégulières, fines mais non perméables. A droite, le liquide injecte une poche du volume d'une noix, homogène. Péritonite plastique avec hydrosalpinx.

Mari : spermogramme normal, mais découverte d'une syphilis sérologique depuis 1954.

- Coelioscopie : salpingite bilatérale.

. Observation n° 42.

Madame L..., âgée de 28 ans, vient consulter pour syndrome douloureux du bas-ventre depuis un an. Stérilité depuis 2 ans 1/2 (mariée depuis 4 ans).

- Antécédents : premières règles à : 13 ans. Cycle 28-29 jours/8 j. Règles douloureuses abondantes.

Examen : utérus rétrofléchi. Sans spéculum : il semble exister sur la lèvre postérieure du col une tache violacée de la taille d'une lentille.

Hystéro-salpingographie : passage tubaire très rapide avant remplissage complet de la cavité. Amputation de l'isthme de manière permanente sur tous les clichés. Image arrondie dans le corps utérin. Trompes perméables.

Biopsie d'endomètre : phase folliculo-lutéinique moyenne.

- Coelioscopie : utérus normal. Trompes de bel aspect. Ovaires de petite taille. (27.12.65)

Curetage biopsique : débris de myomes intra-cavitaires.

. Observation n° 43.

Madame V..., âgée de 34 ans. Vient pour stérilité primaire.

- Antécédents :

Mariée depuis 11 ans sans contraception. Pas de fausse couche, pas de grossesse.

En 1950-1951 tuberculose pulmonaire : lésions base gauche et du sommet droit, non précisées. Traitement : 2 pneumothorax, streptomycine et rimifon. Stabilisée depuis 1954.

En 1951 : douleurs fosse iliaque droite avec vomissements, constipation, sans ascite = étiquetées "appendicite" puis grippe intestinale. Pas de traitement, seule prostigmine.

En 1963 : appendicectomie.

Premières règles : 14 ans.

Hystéro-salpingographie : avril 1964. Cavité normale déviée à gauche. Trompes injectées dans leur totalité avec passage péritonéal sans diffusion. La trompe droite est rigide dans sa portion isthmique et de calibre irrégulier dans sa portion ampullaire (images de rétrécissement). La trompe gauche semble plus souple, mais la portion ampullaire est aussi le siège de rétrécissements et les plis sont plus épais. A noter une calcification isthmo-ampullaire visible sur tous les clichés. Pas de calcifications au niveau du pelvis.

Courbe thermique : diphasique = ovulation un mois sur deux.

- Coelioscopie : 8 octobre 1965. Utérus normal porteur de granulations blanchâtres multiples. Trompes scléreuses, congestives porteuses de

nombreuses granulations. Ovaires normaux avec adhérences. Aspect typique de tuberculose.

. Observation n° 44.

Madame C..., âgée de 29 ans, en traitement depuis Septembre pour stérilité, vient consulter le 8 Septembre 1965 pour douleurs pelviennes survenant une quinzaine de jours après les règles, s'accompagnant parfois d'un léger fébricule et de lombalgies. Pas de dysurie.

Dernières règles : 18.8.65 - 22.8.65

- Antécédents : premières règles : 12 ans. Cycle : 26 jours/5 j.
Pas d'enfant.

Intervention en 1961 pour masse tubo-ovarienne gauche = tuberculose tubo-ovarienne qui semble avoir été traitée médicalement jusqu'ici.

La malade désire maintenant avoir des enfants.

- Coelioscopie : utérus normal. Adhérences +++ cachant les 2 annexes. Douglas libre. Aucun signe de tuberculose évolutive.

. Observation n° 45.

Madame R..., âgée de 29 ans, vient consulter le 16 Octobre 1965 pour stérilité primaire.

Premières règles : 12 ans. Cycle : 25 jours/2-3 j.

Dernières règles : Octobre puis 28 Octobre 1965.

Pas de leucorrhée ni douleurs. Aucune maladie. Pas de notion de cuti-négative. Jamais de fausse couche. Courbes thermiques seraient normales.

Spermogramme normal.

Hystéro-salpingographie : cavité non tirée, impossible d'apprécier le volume (mais hypoplasie possible). Injection tubaire bilatérale avec passage péritonéal.

- Examen : utérus antéversé, normal. Pas de glaire cervicale au 14e jour. Gros ovaire gauche de la taille d'une prune.

- Coelioscopie : utérus, trompes et ovaires normaux. Le bleu passe des deux côtés. (2.11.65).

. Observation n° 46.

Madame S..., âgée de 32 ans, consulte depuis 5 mois pour stérilité primaire.

- Antécédents : premières règles : 14 ans. Cycle : 22/24 jours. dysménorrhée, dyspareunie.

Dernières règles : 23 Janvier 1966.

Aucun antécédent pathologique.

Examen : corps utérin petit. Annexes non perçues.

Hystéro-salpingographie : utérus rétroversé. La trompe droite s'injecte rapidement, puis se dilate, la trompe gauche s'injecte moins vite, le passage est bon, mais la trompe droite reste dilatée.

- Coelioscopie : trompes normales. Belles franges. Ovaires normaux. Rétro-version utérine.

. Observation n° 47.

Madame M..., âgée de 25 ans, consulte le 16 Mars 1965 pour stérilité primaire et désir de maternité. Mariée depuis 2 ans 1/2, mais contraception la première année du mariage. En fait, stérilité primaire de 1 an 1/2. Rapports complets : 3 à 4 par semaine.

Mari : 31 ans, bien portant. Spermogramme normal.

- Antécédents : hépatite virale en 1954. Appendicectomie en 1961.

Premières règles : 13 ans. Cycle : 28-29 jours/3-4 j.

- Examen : petit utérus antéversé.

Hystéro-salpingographie : isthme très large. Trompes perméables jusqu'aux pavillons.

- Coelioscopie : utérus normal. Ovaires normaux sans trace de follicule avec, semble-t-il, une cicatrice de C.J. sur l'ovaire gauche. Les trompes sont normales mais se terminant en massue avec un pavillon un peu agglutiné. Passage de bleu bilatéral.

III. - LES MASSES ANNEXIELLES

. Observation n° 48.

Madame T..., âgée de 31 ans, entre le 24 Juin 1965 pour masse latéro-utérine droite. En Février 1964, les règles n'ont duré qu'une journée au lieu des 5 habituelles, accompagnées de douleurs abdominales et lombopelviennes durant 48 heures. Puis, reprise de l'hémorragie menstruelle pendant 2 jours avec caillots, abondante, d'odeur désagréable. Cet épisode se reproduit 3 mois.

Traitement : Orgastéron 18 jours en Juin 1964.

Règles normales 1 fois. Puis Norluten : 3 mois.

Puis 3 mois : sensation de pesanteur pelvienne avec irradiations lombaires basses à la face interne de la cuisse gauche survenant 10 jours avant les règles, accompagnée d'une asthénie et disparaissant avec les règles.

Dernières règles normales : 15 Juin 1965.

- Antécédents : avortement provoqué à 3 mois, + curetage à 18 ans.

- Examen : masse latéro-utérine droite.

- Coelioscopie : utérus normal. Trompes normales. Ovaire gauche blanc, nacré. Ovaire droit kystique, environ 3 fois plus gros que l'utérus avec surface blanche, nacrée = kyste séreux.

• Observation n° 49.

Madame T..., âgée de 21 ans, entre dans le service le 27 Décembre 1965 pour douleurs dans la fosse iliaque gauche exagérée à la fatigue depuis un mois 1/2, avec fièvre à 38°-38°5.

Avortement provoqué le 28 Octobre 1965 de 2 mois 1/4, non curettée. Elle aurait vu l'embryon avec le placenta mais pas de membranes. Retour de couches le 26 Novembre - 10 Décembre. Pas de pertes importantes entre temps.

Premières règles : 12-13 ans. Cycle : 28-30 jours/4 j. Dysménorrhée du 1er jour.

- Examen : col sain. Réaction biologique de grossesse : négatif. Masse latéro-utérine gauche, comme un pamplemousse, sensible. Utérus petit antéversé, de volume normal. A gauche, comblant le cul-de-sac une masse lisse arrondie grosse comme une orange.

- Coelioscopie : kyste de l'ovaire gauche.

Intervention : exérèse.

• Observation n° 50.

Madame B..., âgée de 42 ans, consulte le 11 Décembre 1965 pour douleurs pelviennes droites depuis 2 mois d'intensité variable irradiant dans la cuisse et parfois dans la fosse lombaire beaucoup plus intense le 1er jour des règles isolées, c'est-à-dire sans fièvre, sans leucorrhée, sans métrorragies ni troubles des règles, sans troubles urinaires (cependant pollakiurie pendant les crises douloureuses) sans troubles digestifs.

Après avoir consulté plusieurs médecins qui ont fait le diagnostic de kyste ovarien, la malade est hospitalisée à l'hôpital Bichat pendant une semaine.

- Antécédents : appendicectomie à 16 ans.

Premières règles : 12 ans. Cycle 28-32 jours/4 j.

Stérilité primaire.

- Examen : col normal. Utérus normal. Annexe droite augmentée de volume et douloureuse : vraisemblablement gros ovaire.

- Coelioscopie : kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Intervention : kystectomie droite.

. Observation n° 51.

Madame U..., âgée de 20 ans, consulte le 26 Juillet 1965 pour kyste de l'ovaire. Douleurs à type de tiraillements.

Dernières règles normales: 18 Juillet 1965.

- Antécédents : premières règles : 13 ans. Cycle 30 jours/2-3

Avril 1965 : accouchement normal à terme. Mycose au 4e mois. Menace d'accouchement prématuré au 7e mois.

- Examen : kyste prolabé dans le Douglas aux dépens de l'ovaire gauche.

- Coelioscopie : kyste séreux du para-ovaire gauche. Kyste séreux de l'ovaire droit. Sous contrôle coelioscopique, on arrive à ponctionner ces deux kystes, retirant au niveau de l'ovaire droit un liquide clair, au niveau du kyste para-ovarien gauche qui comporte deux poches de liquide séreux, dans l'une d'elles du liquide séreux, hémorragique dans l'autre.

Après ponction, les organes génitaux sont normaux.

. Observation n° 52.

Madame N..., âgée de 23 ans, entre dans le service le 12 Février 1966 pour kyste de l'ovaire gauche connu depuis 1964.

- Antécédents : 1959-1960 colibacillose urinaire.

1961 : appendicectomie.

1965 : coliques néphrétiques.

1963 : accouchement par Forceps

1965 : accouchement normal à terme.

Premières règles : 13 ans. Cycle actuel : 28 jours/4 j.

Auparavant, irrégulier 30-40 jours/3 j. Sans Enidrel depuis deux mois. Dernières règles : 28 Janvier 1966.

- Toucher vaginal : kyste ovaire gros comme un pamplemousse postéro-latéral gauche.

- Colioscopie : ponction, le contenu du kyste est liquide : 60 cc de liquide sont retirés par ponction sous contrôle coelioscopique. Kyste séreux fonctionnel.

• Observation n° 53.

Mlle T..., âgée de 16 ans 1/2, consulte le 19 Juillet 1965 pour masse annexielle gauche. Fin Mars, règles anormales prolongées par perte de sang noirâtre avec caillots pendant 15 jours. Sédation spontanée. 30 Avril : règles peu différentes de la normale.

Dernières règles normales : 28 Mai, peu abondantes, mais prolongées vers le 15-16 Juin par une émission de caillots avec sang noirâtre. Pas de vertiges. Douleurs très vives en coup de poignard survenant par brefs intervalles dans la fosse iliaque gauche. Température : 40°.

- Examen : masse annexielle gauche = orange.

Réaction biologique de grossesse : négative. Ne perd plus depuis le 30 Juin.

Hystéro-salpingographie : utérus très antéversé. Trompe gauche pathologique.

- Coelioscopie : adhérences de l'épiploon à la paroi. Utérus normal. Trompe droite peu dilatée, noyée dans des adhérences vélamenteuses qui recouvrent un ovaire normal. Hydrosalpinx gauche du volume de l'utérus relié à l'ovaire par de multiples adhérences.

. Observation n° 54.

Madame Z..., âgée de 22 ans. Première consultation en Mai 1963 pour retard de règles. Lipothymies, baisse de tension artérielle et pesanteur pelvienne.

- Toucher vaginal : perception d'une masse annexielle douloureuse dans le cul-de-sac gauche. Réaction biologique de grossesse négative.

Biopsie d'endomètre : absence de signes d'ovulation (Août 1963)

Hystéro-salpingographie : diagnostic : hydrosalpinx septal à droite. Adhérences périsalpingiennes gauches.

Insufflation positive en Septembre.

Dernières règles normales : 27 Juin

Un accouchement normal : Juillet 1964.

- Coelioscopie : très importants hydrosalpinx bilatéraux. Ovaires non vus. Pas de granulations tuberculeuses.

- Intervention : salpingectomie bilatérale + résection ovarienne droite.

. Observation n° 55.

Madame S..., consulte le 5 Mai 1965 pour troubles des règles. Habituellement cycle 28-29 jours/4-5 j.

Dernières règles : 8 Avril. (normales)

Le 21 Avril : hémorragie plus abondante que les règles normales, de sang rouge, indolore, durant 4-5 jours.

- Antécédents : cystite depuis 10 ans.

- Examen : utérus rétroversé, de volume normal. Masse latéro-utérine droite près du col, comme une noix dure, irrégulière, indolore, polylobée. Cul-de-sac droit ; masse distincte de l'utérus d'origine annexielle.

- Colioscopie : myome du fond plus gros que l'utérus.

. Observation n° 56.

Madame B..., âgée de 34 ans, consulte le 18 Juin 1965 pour douleurs dans le bas-ventre. Constipation depuis 4-5 jours. Nausées.

- Examen : col normal. Petit utérus en antéversion. Ovaire droit normal sensible. Masse latéro-utérine gauche.

- Coelioscopie : grosse dilatation tubaire bilatérale avec adhérences à l'utérus cachant les deux ovaires. Un peu de sérosité dans le Douglas. Salpingite bilatérale.

. Observation n° 57.

Madame B..., âgée de 34 ans, vient consulter le 26 Janvier 1966 pour avortement provoqué le 17 Janvier, aux dires de la malade. Elle ne perd plus depuis 5 jours mais se plaint de douleurs pelviennes.

- Antécédents : premières règles : 14 ans. Cycle 26-28 j/4-5 j.

Dernières règles : 18 Avril 1965.

1954 : fausse-couche spontanée à 2 mois non curettée.

1955 : accouchement normal à terme.

1957 : avortement provoqué : 1 mois 1/2 curetté

1960 : accouchement normal à terme

Ectropion traitée depuis 1963.

- Examen : toucher vaginal = petit utérus dévié un peu à droite ; masse para-utérine gauche, dure. On sent aussi une masse à droite.

- Coelioscopie : pyosalpinx gauche volumineux. Salpingite droite. Ovaire droit normal.

. Observation n° 58.

Madame M..., âgée de 65 ans, hospitalisée dans le service de Gastro-entérologie pour ascite apparue il y a un an 1/2. Ménopausée à 48 ans.

- Toucher vaginal : col antéversé. Masse très dure dans le Douglas, très irrégulière, bloquant le pelvis.

- Coelioscopie : on vide 1,5 l de liquide clair et sirupeux. Il existe 4 à 5 nodules végétants sur la paroi postérieure de la vessie contre-indiquant la poursuite des explorations. On aperçoit au travers du liquide une masse végétante en arrière de l'utérus : nombreuses végétations péritonéales.

. Observation n° 59.

Madame R..., âgée de 62 ans, entre dans le service le 24 Juin 1965 pour recherche d'un point de départ génital d'une ascite hémorragique avec intégrité biologique hépatique.

Depuis le 2 Juin : douleurs dans les genoux et les jambes. Ascite, asthénie, constipation, dysurie, oligurie.

- Antécédents : R.A.A. en 1916 avec atteinte cardiaque. Embolie pulmonaire en 1946 après phlébite des membres inférieurs. Ulcères variqueux en 1964. Varices ++ des membres inférieurs. Deux accouchements normaux à 8 mois en 1921 et 1925.

Premières règles : 12 ans. Dernières règles : 43 ans.

- Hystéro-salpingographie : fibrome volumineux.

- Coelioscopie : évacuation de 2 l. d'ascite claire. Utérus triplé de volume avec volumineux fibrome du fond.

Tout le péritoine pelvien est tapissé de granulations verruqueuses d'allure néoplasique, qui, par leur aspect et la couleur verdâtre de l'ascite rappellent des végétations de tumeur végétante de l'ovaire (ceux-ci non vus sont masqués par la masse utérine). Végétations dans la région caeco-appendiculaire.

. Observation n° 60.

Madame L..., âgée de 77 ans, envoyée par le service de médecine, le 8 Décembre 1965. Ménopausée à 50 ans. Pas de métrorragies depuis cette date.

Depuis 6 semaines : rectorragies de sang rouge. Constipation. Augmentation de volume de l'abdomen de façon importante et brutale. Hospitalisée dans le service du Pr CATINAT du 18.10.65 au 8.11.65. On ne trouve que des hémorroïdes ce qui semble insuffisant pour expliquer les rectorragies. Rien d'autre sur le plan clinique. La rectoscopie est normale jusqu'à 15 cm. Le lavement baryté montre un colon qui paraît refoulé en haut et à gauche ainsi que les dernières anses grêles et une zone du sigmoïde qui paraît un peu rigide mais dans les limites de la normale. La malade est alors envoyée dans le service de gynécologie pour rechercher une étiologie gynécologique.

- Antécédents : premières règles : 12 ans. Cycle 30 jours/3 j.

Ménopause : 50 ans.

Un avortement spontané en 1944.

Thyroïdectomie en 1935.

- Examen : Frottis : Classe III

Spéculum : col sain.

Biopsie d'endomètre : muqueuse peu abondante mais tout de même anormale chez une femme de cet âge d'autant qu'il existe une bonne charge oestrogénique.

Toucher vaginal : il semble exister une masse abdominale de la grosseur d'un pamplemousse.

Hystéro-salpingographie : grosse cavité souflée avec images de myome cavitaires. La taille de cet utérus n'est pas en rapport avec celui d'une femme de cet âge. La masse est plus médiane que latérale gauche.

L'examen du 28.12.65 montre un abdomen très augmenté de volume sensible d'une façon diffuse à la palpation mais il existe également une douleur très localisée dans l'hypochondre gauche et présence d'une masse arrondie médiane grosse comme un pamplemousse.

Arrêt des rectorragies depuis 2 jours.

- Coelioscopie : tumeur abdominale remontant au-dessus de l'ombilic, développée probablement aux dépens de l'ovaire droit. L'appareil génital est totalement masqué.

- Intervention : il existe en fait une maladie gélatineuse du péritoine. Evacuation de la substance gélatineuse qui permet d'extraire ensuite un volumineux kyste de l'ovaire droit rempli de ce même liquide. Ovariectomie. Appendicectomie.

IV - LES ALGIES PELVIENNES.

. Observation n° 61.

Madame G..., âgée de 24 ans, consulte le 28 Mai 1965 pour douleurs hypogastriques d'apparition brutale le 26 Mai dans la nuit. Température 38°5 le lendemain matin. Pas de trouble de transit. Pas de signes urinaires. Leucorrhée ++.

Dernières règles normales : 21 Mai 1965. Aucun retard mais règles abondantes.

- Examen : abdomen normal - douleur provoquée dans la région hypogastrique.

Toucher vaginal : col fermé dur. Utérus petit douloureux à la mobilisation. Culs-de-sac gauche et droit empâtés. En arrière de l'utérus : 2 masses indurées très douloureuses du volume d'un pouce.

- Coelioscopie : 9 Juin. Pelvis inaccessible en raison d'un barrage infranchissable d'adhérences. Les organes génitaux ne sont pas vus, on distingue des franges épiploïques et le mésocolon sigmoïde sans fenêtre franchissable.

. Observation n° 62.

Madame E..., âgée de 43 ans, consulte le 22 Mai 1965 pour douleurs abdomino-pelviennes à type de coliques tous les mois. Dysménorrhée du 1er jour. Douleurs pré-menstruelles pendant 2-3 jours.

- Antécédents : premières règles : 18 ans. Cycle 28 j/2-3 j.

Dernières règles normales : 14 Mai.

4 enfants (accouchements normaux à terme).

- Examen : utérus antéversé de taille normale, aucune masse dans les culs-de-sac. F.K. : classe II.

- Coelioscopie : utérus normal. Trompe gauche grêle collée à la face antérieure du sigmoïde. Trompe droite grêle descendant vers le Douglas. Adhérences vélamenteuses.

Conclusions : appareil génital sensiblement normal avec voiles adhérentiels.

- Intervention : hystérectomie totale chez une femme de 43 ans présentant un syndrome douloureux pelvien menstruel et des phénomènes de péritonite plastique adhérent aux organes génitaux au sigmoïde et au rectum.

. Observation n° 63.

Madame T..., âgée de 33 ans - douleurs pelviennes périodiques.

Antécédents : appendicectomie. Césarienne.

- Coelioscopie : l'appareil génital est normal. Il existe quelques adhérences épiploïques au niveau du sigmoïde et de l'annexe droite qui peuvent expliquer la symptomatologie fonctionnelle.

. Observation n° 64.

Madame B..., âgée de 28 ans, consulte le 28 Octobre 1965, pour douleurs permanentes à type de pesanteur et retard de règles en Septembre. Pas de métrorragies, pas de signes urinaires, pas de leucorrhées.

- Antécédents : Premières règles 13 ans. Cycle : 28 jours/5-6 j.

1960 : grossesse extra-utérine. Salpingectomie droite avec résection partielle ovaire droit.

1962 : Forceps

1964 : Ovariectomie droite pour kyste de l'ovaire.
Appendicectomie.

- Coelioscopie : utérus normal. Trompe et ovaire droit absents. Ovaire gauche bien vu, blanc sans follicule. La trompe gauche est enfouie sous des adhérences qui empêchent de la voir, mais paraît dilatée.

. Observation n° 65.

Madame J..., âgée de 44 ans, consulte pour brûlures de la fosse iliaque droite sans irradiation, à type de point de côté, rapides, brèves, en éclair, d'emblée maximum, se répétant plusieurs fois par jour, quotidiennes depuis 15 jours avec vomissements matinaux.

- Antécédents : 1952 : primo-infection traitée (Pr KOURILSKY)

1964 : ovariectomie droite.

hystérectomie subtotale pour ménorragies.

Aurait été suivie pour stérilité primaire.

Premières règles : 12 ans. Cycle : 30 jours/7 j.

Dysménorrhée des 2 premiers jours.

Ménopause chirurgicale à 42 ans.

- Examen : col fermé. Cul-de-sac droit douloureux.

- Coelioscopie : impossible. Les adhérences barrant l'accès du pelvis.

. Observation n° 66.

Madame A..., âgée de 23 ans, se plaint de douleurs pelviennes à prédominance droite depuis l'accouchement en Août 1962 avec dyspareunie.

Cycle : 22-27. Leucorrhée abondante (mérite du col). Les douleurs s'accroissent progressivement en fréquence et en intensité.

- Examen : gros col. Utérus dévié à droite, mobile. Cul-de-sac gauche souple. Cul-de-sac droit souple. Annexes bien perçues.

- Coelioscopie : utérus normal, ovaires normaux. Trompes : séquelles d'inflammation récente. Gros nodule médio-ampullaire droit. Pavillon correct. Traitement antibiotique et anti-inflammatoire = disparition des douleurs.

. Observation n° 67.

Madame C..., âgée de 36 ans, consulte le 2 Août 1965, pour douleurs de la fosse iliaque gauche avec métrorragies aux efforts depuis le 2 Août.

- Antécédents : Césarienne en 1961.

Accouchement normal à terme en 1958.

Premières règles : 18 ans. Cycle : 30 jours/2-3 j.

Dernières règles normales : 15 Juillet.

- Examen : douleur vive sur le trajet urétéral gauche. Toucher vaginal : difficile, douloureux à gauche.

- Coelioscopie : sang dans le Douglas. Follicule hémorragique sur ovaire droit. Salpingite bilatérale.

. Observation n° 68.

Madame M..., âgée de 22 ans 1/2 - douleurs abdomino-pelviennes depuis Janvier 1966, dans la fosse iliaque gauche, avec fièvre à 37°8. Traitée par cycle artificiel provoquant une métrorragie de 12 jours avec récédive 15 jours plus tard et nouvelles douleurs.

- Antécédents : premières règles : 13 ans. Cycle : 30 jours/5 à 6 j. jusqu'à 16/17 ans, puis irrégulièrement avec retard de 10 jours.

- Examen : utérus globalement douloureux. On sent des masses annexielles bilatérales.

- Coelioscopie : salpingite bilatérale avec pus dans le péritoine pelvien. Traitement antibiotique.

. Observation n° 69.

Madame L..., âgée de 35 ans, consulte le 25.12.65 pour crise abdominale douloureuse sans arrêt avec métrorragies depuis le 20 Décembre. Lipothymies - Douleurs à irradiations rectales.

- Antécédents : césarienne en 1960.

Avortement provoqué en 1956. Curettage.

- Examen : utérus de volume normal. Masse latéro-utérine à droite et en arrière du volume d'une mandarine, rénitente, douloureuse.

- Coelioscopie : utérus normal. Annexe gauche normale. A droite : aspect inflammatoire = assez grosse dilatation d'une trompe congestive - adhérences. Fausses membranes et dystrophie ovarienne.

. Observation n° 70.

Madame P..., âgée de 34 ans, consulte le 30 Mai 1965 pour douleurs pelviennes gauches depuis 2 ans ayant déjà fait l'objet d'une coelioscopie en Mai 1964 et une intervention indéterminée en Septembre 1964.

Les douleurs sont continues, survenant par paroxysmes en coup de poignard les 10 jours précédant les règles.

- Antécédents : appendicectomie. Eventration sur cicatrice 15 jours après.

Premières règles : 9 ans. Cycle : 25/28 jours/Quelques heures. Depuis 5 à 6 ans, règles de moins en moins abondantes. De plus, stérilité primaire. Mariée à 14 ans. Pas de prophylaxie anti-conceptionnelle. Traitement actuel : Lyndiol.

- Coelioscopie : utérus normal. Nombreuses adhérences. Trompe droite : grêle, non perméable au bleu. Trompe gauche : dilatation terminale dans les adhérences, mais passage. Ovaire gauche : kyste fonctionnel.

. Observation n° 71.

Madame F..., âgée de 35 ans, consulte le 6 Juillet 1965 pour douleurs abdominales très anciennes rebelles à tout traitement. Ces douleurs durent depuis la grossesse unique en 1954, dont les suites ont été compliquées de métrite et salpingite gauche. Il s'agit de douleurs permanentes, - para-ombilicales gauches, et pelviennes gauches irradiant en ceinture et vers l'articulation sacro-iliaque gauche.

En Avril 1964 : ablation d'un polype utérin par voie basse. Traitement en 1964 : antibiotiques. Enidrel. Androgènes.

En Juin 1965 : 5 injections de Panstrilline calment les douleurs.

- Antécédents : premières règles : 16 ans 1/2. Cycle : 34-35 jours/2-3 j.

Dernières règles normales : 5 Juin 1965.

F.T. à 14 ans.

Un accouchement normal à terme en 1954.

- Examen : col normal ; utérus augmenté de volume, antéversé douloureux à la mobilisation.

- Coelioscopie : utérus, trompes et ovaires normaux. Passage du bleu bi-latéral. Petit kyste tubo-ovarien gauche. Utéro-sacrés normaux. Ni tuberculose, ni endométriose.

. Observation n° 72.

Madame C..., âgée de 27 ans, douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs mois. Au début : douleurs survenant à la fin des règles et durant 10 jours environ. En même temps, diminution de l'abondance des règles. Depuis un mois, les douleurs sont permanentes, très violentes, surtout le soir. Pas de modification du cycle : 28/29 jours. A été traitée 2 fois par Synergon, puis Lutogynoestryl, sans effet.

En Octobre 1965 : crise plus violente. On lui prescrit alors du Lyndiol sans aucun effet.

- Antécédents : premières règles : 13 ans. Cycle : 28 jours/4/5 j. Dysménorrhée des 2 premiers jours jusqu'à 18 ans.

- Examen :

. Spéculum : col latéro-dévié à droite.

. Toucher vaginal : utérus antéversé, mobile, avec masse latéro-utérine gauche, douloureuse, irrégulière.

- Coelioscopie : utérus normal. Annexe droite normale. Trompe gauche normale, volumineux kyste de l'ovaire, d'où la ponction retire un liquide chocolat très épais.

- Intervention : ovariectomie gauche.

- Diagnostic envisagé : endométriose. Mais le laboratoire ne peut l'affirmer formellement.

. Observation n° 73.

Madame B..., âgée de 23 ans, entre dans le service le 20 Février 1966 pour douleurs pelviennes.

Premières règles : 11 ans en 1954. Cycles alors très rapprochés et abondants (tous les 8 jours).

Puis syndrome aigu abdominal motivant une intervention appelée "appendicectomie" en réalité kyste rompu.

Le 30 Avril 1964 : syndrome douloureux aigu abdominal avec anémie aiguë.

- Coelioscopie : sang dans le péritoine.

Intervention : éclatement spontané important d'un volumineux kyste lutéinique de l'ovaire gauche. Résection partielle de l'ovaire gauche. Depuis : dysménorrhée : 2 jours avant - 3 jours après le début des règles. Douleurs abdominales basses diffuses avec irradiations - paroxystiques à type d'élancements avec tension mammaire bilatérale.

- Coelioscopie : annexe droite saine. Utérus normal. Kyste fonctionnel de l'ovaire gauche avec adhérences vélamenteuses soudant la trompe à l'ovaire. Douglas sec. Aucune image d'endométriose. Ponction sous contrôle coelioscopique de 20 cc de liquide séro-sanguant.

. Observation n° 74.

Madame B..., âgée de 25 ans. Dyspareunie très intense depuis son accouchement (prématuré) en Mars 1964 avec composante clinique. Flux menstruel diminué avec vraisemblablement annexes prolabées douloureuses. Dyspareunie d'entrée explicable par quelques crêtes de coq et pont entamé du périnée postérieur.

- Coelioscopie : utérus normal. Ovaires blancs, tendus, un peu gros. A gauche, pas de cicatrice. A droite un follicule tendu. Trompes normales. Pavillon droit mou. Granulations sur la trompe et l'utérus, ne paraissant pas tuberculeuses. En arrière de l'utéro-sacré droit, déhiscence très nette à la limite en croissant sans perte de substance péritonéale.

• Observation n° 75.

Madame F..., âgée de 25 ans, vient consulter le 29 Septembre 1965 pour troubles de règles. Cycles irréguliers avec période d'aménorrhée. Dysménorrhée et syndrome pré-menstruel.

- Examen : douleur au niveau du cul-de-sac droit ayant fait évoquer la possibilité d'une torsion d'un kyste de l'ovaire droit. Frottis vaginaux : hyperfolliculinie modérée. Première moitié du cycle : poussée d'hyperfolliculinie du 22e jour. Pas de signe d'influence progestéronique.

Toucher vaginal : utérus petit, antéversé. On perçoit dans le cul-de-sac droit un ovaire nettement augmenté de volume et ferme. A gauche, le cul-de-sac est beaucoup plus douloureux et de même on perçoit un ovaire plus gros que normalement.

- Conclusion : participation psychique très importante. (psychothérapie discrète).

Il existe un dysfonctionnement ovarien manifeste avec, à l'épreuve de freinage stimulation un déficit progestéronique complet.

- Syndrome de type Stein ou
- tumeur hypophysaire.

- Coelioscopie : utérus, trompes et ovaires normaux. La seule anomalie est l'existence d'ovaires un peu gros (plus de la moitié du volume du fond utérin). Le droit est porteur d'un corps jaune évident.

• Observation n° 76.

Madame R..., âgée de 62 ans, hospitalisée dans un service voisin. Vient consulter pour douleurs de la fosse iliaque gauche sans irradiations,

quotidiennes depuis 2 mois, à type de pesanteur, surtout nettes en fin de journée. Température : 38° le soir. Pas de leucorrhée ni d'hémorragie. Amaigrissement : 2 kg en 2 mois. Asthénie - anorexie. Pas d'oedèmes. Une ponction d'ascite a ramené un peu de liquide séro-hémorragique.

- Antécédents : premières règles : 14 ans.

Un accouchement normal à terme.

Ménopause à 46 ans.

- Examen : ascite ++

- Coelioscopie : tumeurs végétantes des 2 ovaires.

. Observation n° 77.

Madame S..., âgée de 44 ans. Douleurs pelviennes, anales et péritonéales avec métrorragies.

- Antécédents : suivie depuis 4 ans pour stérilité primaire.

Cycle : 30 jours/4 j. actuellement pré-ménopause.

1945 : ovariectomie droite.

- Coelioscopie : synéchie étendue du col et de l'endocol lors de la mise en place de la canule.

Absence de trompe droite (intervention en 1945). Du côté gauche : kyste de l'ovaire de 5 à 6 cm de diamètre qui sera ponctionné facilement sous contrôle coelioscopique.

Hématosalpinx de la trompe, considéré comme secondaire à une endométriose, car la ponction retire un liquide chocolat.

- Conclusion : les métrorragies sont attribuées à une dystrophie utérine, les douleurs à l'endométriose qui est peut-être secondaire à la synéchie.

. Observation n° 78.

Malame M..., âgée de 30 ans, vient consulter pour dysménorrhée depuis 1960. Les 2 premiers jours des règles sont douloureux douleur de la région sus-pubienne à type de striction irradiant vers l'anus. Crises douloureuses du même genre dans la période intermenstruelle.

Premières règles : 11 ans. Cycle 28 jours/8 j.

Célibataire, sans enfant. Appendicectomie en 1950.

Depuis un mois 1/2 accentuation des crises douloureuses intermenstruelles. La période des règles est également très douloureuse.

Hystéro-salpingographie en 1964 : normale.

- Coelioscopie : utérus porteur d'un myome du fond à gauche sous l'implantation : varicocèle droite. Trompe gauche un peu congestive = 3 nodules d'endométriose sur la trompe. Trompe droite et ovaires normaux. 2 nodules d'endométriose sur l'utéro-sacré gauche. De plus, on retrouve un nodule d'endométriose sur le sigmoïde.

. Observation n° 79.

Madame P..., âgée de 24 ans, entre dans le service le 23 Septembre 1965, pour dyspareunie, douleurs abdominales chroniques depuis 3 ans 1/2.

- Antécédents : premières règles : 13 ans. Cycle : 28 jours/3-4 j.
Dernières règles : 31 Août 1965.

Avortement spontané en 1962. Curettage.

Accouchement normal à terme en 1964.

Appendicectomie en 1953.

Douleurs de l'hypochondre droit exacerbées par les rapports sexuels, mais non par les règles ou l'ovulation.

- Examen : normal - terrain psycho-somatique.

- Coelioscopie : trompes congestives dilatées aux extrémités en phimosis. Ovaires et utérus normaux.

• Observation n° 80.

Madame M..., âgée de 25 ans, vient consulter pour douleurs iliaques gauches depuis le 7 Juillet avec fièvre à 39°.

- Antécédents : intervention en Novembre 1961 : hystérectomie subtotale pour salpingite bilatérale (?).

Appendicectomie en 1964.

Premières règles : 19 ans. Cycle : 30 jours/4 j.

Avortement provoqué : 2 mois 1/2 Août 1960.

Novembre 1961 : douleurs abdominales. Depuis 1961 : aménorrhée : Norluten il y a 6 mois.

- Coelioscopie : hystérectomie subtotale. Pas d'annexes vues.

• Observation n° 81.

Madame M..., âgée de 24 ans, consulte le 10 Janvier pour douleurs abdomino-pelviennes, douleurs hypogastriques et des fosses iliaques avec irradiations lombaires gauches, avec maximum à droite. Elles semblent constantes depuis l'appendicectomie en Mai 1964. traitement antibiotique à l'époque.

- Examen : normal.

Hystéro-salpingographie : trompe droite pelotonnée sur elle-même. Trompe gauche étalée. Pas de diodone dans le péritoine.

Urographie intra-veineuse : discrète dilatation pyélo-calicielle droite.

De plus : stérilité primaire.

- Coelioscopie : utérus normal. Trompes normales. Pavillons normaux. Ovaires normaux avec cicatrice de follicules mais sans trace récente.

Biopsie d'endomètre : état folliculinique persistant avec tendance modérée à l'hyperplasie de la muqueuse.

. Observation n° 82.

Mlle B..., âgée de 21 ans, consulte le 16 Novembre 1965 pour règles douloureuses et douleurs pelviennes.

- Antécédents : appendicite aiguë le 23 Novembre 1964 avec adénite mésentérique.

Cuti = négative (15 jours).

Premières règles : 13 ans. Cycle : 28 jours/3-5 j.

Depuis son appendicectomie il y a un an, se plaint de règles douloureuses les deux premiers jours, mais surtout depuis Juillet 1965 l'obligeant à s'aliter ; - de douleurs permanentes de la fosse iliaque droite intermenstruelles, unilatérales avec quelques accalmies.

- Température allant de 37°7 le matin à 38°5 le soir depuis un an ; pas d'amélioration avec les antibiotiques.

En outre, adénopathie douloureuse au niveau du triangle de Scarpa gauche et métrorragies pendant trois mois, Juillet à Septembre 1965. Névralgie pelvienne.

- Coelioscopie : appareil génital normal. La trompe gauche n'est pas vue sur toute sa longueur. Aucune bride épiploïque au niveau de la cicatrice d'appendicectomie.

. Observation n° 83.

Madame G..., âgée de 41 ans, vient consulter le 4 Mars 1966 pour douleurs pelviennes bilatérales irradiant vers les fosses lombaires, très violentes, évoluant par crises survenant surtout la nuit, depuis un mois. Signale une petite incontinence d'urines.

Le 3 Mars : crise plus violente avec frissons.

Les 3 et 4 Mars, métrorragies de sang noirâtre peu abondant.

Dernières règles normales : le 19 Février 1966.

Signale fréquentes hémorragies intermenstruelles moins abondantes que cette fois.

- Toucher vaginal : utérus un peu gros. Ovaire droit perçu = douloureux. Fosse iliaque droite : point douloureux de Mac BURNEY.

- Antécédents : premières règles à 14 ans. Aménorrhée de 4 ans et reprise à 18 ans. Cycle : 28 jours/4 j.

Première grossesse il y a 17 ans (à 25 ans). Mariée depuis 2 ans. 2e grossesse à 31 ans. Pas de fausse-couche.

- Coelioscopie : 9 Mars 1966 = utérus normal. Ovaires normaux. Trompes un peu scléreuses, rabougries, aux pavillons agglutinés. Pas d'adhérences. Régions appendiculaire et coecale normales.

. Observation n° 84.

Mlle S..., âgée de 27 ans, consulte le 8 Juillet 1965 pour douleurs pelviennes droites depuis 2 ans 1/2. Métrorragies quotidiennes depuis un mois : un curettage arrête les métrorragies. Reprise du cycle menstruel puis douleurs pelviennes droites. S'agit-il d'une infection ou d'une lésion ovarienne ? Un traitement par antibiotiques locaux fait diminuer les douleurs mais apparition de leucorrhées.

En Avril 1965 = retard de règles de 15 jours. Traitement hormonal progestatif du 16 au 25 Mai. Arrêt des métrorragies.

Début Juin : douleurs pelviennes droites. Coelioscopie à Puteaux le 10 Juin ?

Biopsie d'endomètre : important déséquilibre ovarien sans signe histologique de tuberculose. Traitement d'épreuve : Streptomycine - Rimifon - soulagement des douleurs.

Actuellement toujours douleurs sans rapport avec les règles.

Dernières règles normales : 22 Juin 1965.

- Antécédents : infection génitale à 15 ans.

Premières règles : 13 ans. Cycle : 26-30 jours/7 j. Lombalgies. Stérilité primaire.

B.C.G. : 13 ans. Pas d'antécédent tuberculose connu.

- Coelioscopie : utérus, trompes et ovaires normaux. Passage du bleu bilatéral ; un nodule blanchâtre sur la face postérieure de l'utérus biopsé à la pince de Palmer. Aucun des aspects n'évoque une tuberculose génitale.

. Observation n° 85.

Madame V..., âgée de 31 ans, suspicion d'endométriose. Hypoménorrhée de 2 jours. Dysménorrhée du 1er jour. Douleurs pelviennes depuis Janvier 1965, bilatérales, lancinantes. Leucorrhée épaisse depuis accouchement en 1961.

- Antécédents : premières règles 12 ans. Cycle : 28 j/4-5 j.
Accouchement normal à terme en 1961.

Désordres menstruels avec douleurs pelviennes postérieures, à type de cacodymie.

- Examens : utérus normal. Col petit fermé. Culs-de-sac droit et gauche normaux. Cul-de-sac de Douglas : petite masse irrégulière de la taille d'une noix, douloureux.

- Coelioscopie : utérus de volume normal. Ovaires micro-kystiques. Pas de nodule d'endométriose. L'origine du ligament utéro-sacré gauche présente une petite tuméfaction que l'on perçoit au toucher vaginal.

- Conclusion : les désordres menstruels peuvent être mis sur le compte d'une ovarite micro-kystique.

V - LES TROUBLES MENSTRUELS.

. Observation n° 86.

Madame S..., âgée de 21 ans, consulte pour troubles des règles à type d'hypoménorrhée à partir de Janvier 1965. Aurait déjà commencé en Avril 1964. - avec cycle de 71 jours, 63 jours, etc... Traitement hormonal non précisé en Août 1964.

- Antécédents : rien à signaler. Coma de 3 jours (?) après trauma crânien.

Premières règles : 15 ans. Cycle 30 jours/6-7 j.

- Examen : pas de douleurs pelviennes. Col fermé. Masse annexielle gauche, mobile.

- Coelioscopie : kyste fonctionnel prédominant à gauche.

. Observation n° 87.

Madame H..., âgée de 44 ans, vient consulter le 14 Mai 1965 pour ménorragies depuis Octobre 1964 avec cycles longs.

Anémie ++

- Antécédents : premières règles : 14 ans. Cycle 30 jours/3 j.

Stérilité volontaire.

Ulcère de l'estomac récent.

- Examen : utérus en position intermédiaire.

- Coelioscopie : kystes fonctionnels bilatéraux ovariens. Utérus normal.

- Intervention : Hystérectomie totale avec annexectomie.

. Observation n° 88.

Madame G..., âgée de 20 ans. Troubles des règles depuis 2 ans. Hyperménorrhée - Hémorragies non rythmées par les règles. Métrorragies fin Septembre 1964.

- Coelioscopie : utérus normal. Adhérences lamelleuses multiples... Péritonite séreuse.

. Observation n° 89.

Madame B..., âgée de 32 ans. Bilan pour aménorrhée depuis un an. Dernières règles normales : 6 Mai 1964.

En fait, troubles des règles apparus il y a 3 ans à la suite d'une intervention chirurgicale (intervention sur les trompes).

Première aménorrhée de 2 mois. Traitement hormonal (nature ? durée ?) Augmentation de volume de l'abdomen et bouffées de chaleur quotidiennes. Pas de douleurs pelviennes ni leucorrhées.

- Antécédents : 2 interventions tubaires pour stérilité en 1960.

Premières règles : 11 ans. Cycle : 20-30 jours/3-4 j).

Pas de grossesse ni de fausse-couche.

1963 : reprise du traitement. Douleurs hypogastriques.

- Biopsie d'endomètre : pas de caractère inflammatoire ni tumorale.

- Coelioscopie : cavité abdominale pleine d'adhérences multiples de l'épiploon à la paroi et à l'utérus. On parvient à se glisser derrière l'utérus. Il semble exister une annexe gauche et un ovaire ; on ne peut en dire plus.

. Observation n° 90.

Madame D..., âgée de 33 ans, consulte le 8 Juillet 1965 pour irrégularités menstruelles, petite masse annexielle gauche.

- Antécédents : appendicectomie il y a 10 ans. Hospitalisée en Mars 1965 pour pelvipéritonite après coagulation du col pour métrite (Pr GOSSET).

Premières règles : 11 ans. Cycle 26 jours/8 j.

Deux accouchements normaux à terme : 1958 et 1962.

Leucorrhées.

- Examen : grosse annexe gauche. Petit utérus de volume normal.

Coelioscopie : utérus normal. Trompes : aspect de séquelle d'inflammation aiguë avec adhérences multiples. A gauche, la trompe se termine par un petit hydrosalpinx. A droite, le pavillon est agglutiné. Ovaire droit normal. Ovaire gauche : kyste réactionnel ponctionnel liquide séro-hématique.

. Observation n° 91.

Madame S..., âgée de 27 ans, consulte pour aménorrhée primaire.

- Antécédents : hémoptysie vers 13-14 ans. Traitement non précisé. Laparotomie exploratrice au Portugal en 1959 = tuberculose génitale. Traitement : streptomycine - Rimifon. Jamais de règles. Mariée à 23 ans - dyspareunie frigidity.

- Examen : utérus antéversé.

- Coelioscopie : utérus normal : petite plaque blanchâtre sur la face antérieure. Trompes grêles : à droite, renflée en massue au niveau de l'ampoule. Les extrémités sont libres. Ovaires normaux. Corps jaune à droite.

- Intervention : trompes obturées. Catéthérisme négatif. Cavité utérine symphysée, libérée au ciseau. Synéchie tuberculeuse. Cycle artificiel.

. Observation n° 92.

Madame B..., âgée de 27 ans, vient consulter le 22 Août 1965 pour aménorrhée avec douleurs pelviennes.

Dernières règles normales : 9 Juin 1965.

Manoeuvres abortives le 11 Juillet 1965 suivies de métrorragies pendant 3 jours.

Le 15 Juillet 1965 après Synergon métrorragies pendant trois.
Pas de sang depuis le 15 Juillet 1965.

Douleurs pelviennes hypogastriques depuis une quinzaine de jours.
Pas de leucorrhées - dysurie - pollakiurie.

- Examen : abdomen souple. Col petit, fermé, corps augmenté de volume (= un mois). Cul-de-sac gauche sensible comblé par une petite masse douloureuse. Diagnostic : salpingite bilatérale. Traitement antibiotique pendant 8 jours.

- Coelioscopie : ovaires sains. Trompes hyperplasiques et congestives surtout à droite. Pas de granulations suspectes sur le péritoine.

. Observation n° 93.

Madame L..., âgée de 25 ans, mariée depuis 4 ans.

Premières règles : 16 ans.

A 17 ans : aménorrhée de 11 mois qui a réagi au traitement par cycles artificiels et gonadostimulines. En 1961-1962, quelques cycles ovulaires, mais actuellement elle n'est plus réglée du tout spontanément et souffre de bouffées de chaleur (FSH $>$ 50 U) = symptômes de ménopause précoce.

- Examen : speculum : vulve étroite. Vagin un peu atrésique. Col petit, conique.

Toucher vaginal : fornix étroit. Utérus petit. On ne perçoit pas les ovaires.

De plus, stérilité primaire.

- Coelioscopie : utérus, trompes, normaux. Ovaires sans trace de follicules. Petits utéro-sacrés collés à l'utérus.

Diagnostic : hypotrophie générale. Agénésie ovarienne.

VI - LES METRORRAGIES.

. Observation n° 94.

Madame C..., âgée de 29 ans, entre dans le service le 20 Mars 1966 pour menace d'avortement.

- Antécédents : 1963 intervention pour stérilité = plastie tubaire bilatérale.

1964 : curettage pour métrorragies après un retard de règles de 2 mois 1/2. Depuis, métrorragies irrégulières (pas d'éléments placentaires).

Dernières règles normales : 22 Janvier.

1954 : hystectomie gauche + ovariectomie partielle + appendicectomie. Avortement à 3 mois, un mois après.

- Coelioscopie : sang dans le Douglas. Aspect de salpingite récente avec renflement tubaire bilatéral.

Pavillons agglutinés. Ovaires normaux.

. Observation n° 95.

Madame B..., âgée de 35 ans, consulte le 26 Août 1965 pour métrorragies depuis le 15 Août abondantes avec caillots après des règles sub-normales et de vagues douleurs pelviennes. Asthénie, céphalée, 37°5.

- Antécédents : premières règles : 12 ans. Mal réglée depuis 24 ans. Ménorragies. Cycle : 29-31 jours/8 j. assez abondantes, indolores.

Dernières règles : 15 Août 1965. Métrorragies, pas de leucorrhées.

Deux accouchements normaux à terme, 1956 - 1958.

Quatre avortements provoqués, curettages.

R.A.A. : 1954

- Examen : cul-de-sac droit douloureux, empâté avec masse - après 8 jours de traitement antibiotique.

- Coelioscopie : trompe droite siège de phénomènes inflammatoires de la partie proximale. On observe des nodules au niveau de l'ampoule tubaire.

Ovaire droit normal. Annexe gauche normale. Utérus petit, normal. (Petit myome à la face postérieure).

- Conclusion : salpingite nodulaire droite en voie de guérison.

. Observation n° 96.

Madame C..., âgée de 52 ans, consulte le 16 Décembre 1965 pour métrorragies post-ménopausiques. En 1964, métrorragies minimales indolores. Mai 1965 : hématurie totale.

Ménopause en 1961. Thyroïdectomie subtotale en 1963.

- Hystérosalpingographie : image de myome endocavitaire.

FK = cl. II

- Examen : spéculum : col normal.

Toucher vaginal : utérus de volume normal, légèrement

rétroversé avec perception très nette d'une masse régulière indolente, mobile, du volume d'un oeuf de pigeon en haut et à droite du Douglas.

- Coelioscopie : utérus normal porteur de deux myomes. Trompes normales. Ovaire gauche normal. Fibrome de l'ovaire droit.

- Intervention : à l'ouverture, contrairement à l'aspect coelioscopique, la masse annexielle droite a un fibrome pédiculé avec la face antérieure de la trompe, il s'agit d'un fibrome pédiculé tout à fait banal, cachant un tout petit ovaire normal : myomectomie simple.

. Observation n° 97.

Madame M..., âgée de 37 ans, vient consulter le 31 Janvier 1966 pour méno-métrorragies depuis le 25 Décembre 1965.

- Antécédents : premières règles : 13 ans 1/2. Cycle 30 jours/
4 j.

Dernières règles : 25 Décembre 1965 - 25 Mars 1966.

1948 : utérus bifide (Tenon)

1949 : accouchement normal à terme.

1950 : avortement spontané à 5 mois. Garçon vivant à la naissance. (décédé de malformations ?)

1952 : accouchement normal à 8 mois.

Jusqu'en 1961 : aucune grossesse, sans contraception.

1961 : salpingectomie droite avec libération d'adhérences de l'ovaire et résection cunéiforme. Annexectomie gauche. Depuis le 25 Décembre 1965 : métrorragies peu abondantes de sang rouge, sans douleur, peu de caillots, sans leucorrhées.

- Examen : col normal. Utérus bifide. On perçoit une masse à droite du volume d'une orange et une masse à gauche plus grande.

- Hystéro-salpingographie : utérus double. Pas d'injection tubaire.

- Coelioscopie : on ne voit que le départ du ligament rond gauche, la corne gauche. Peut-être l'ovaire droit restant est-il kystique. Le reste est noyé dans des adhérences épiploïques.

. Observation n° 98.

Madame B..., âgée de 23 ans, vient consulter le 20 Septembre 1965 pour ménométrorragies.

- Antécédents : premières règles : 13 ans 1/2. Depuis cette époque ménométrorragies très importantes de 20 jours à 5 mois et d'abondance variable qui ont nécessité des traitements divers.

- de la puberté à 17 ans : androgènes puis testostérone progestérone.

- à 17 ans refuse tout traitement hormonal : curettage puis aménorrhée d'un an avec bouffées de chaleur.

En 1964, nouveau curettage. Janvier 1965 : dernier curettage. Les ménométrorragies ont repris depuis.

Rougeole.

- Examen : speculum : leucorrhée type trichomonas, col sain.

- Toucher vaginal : utérus antéfléchi ferme. Culs-de-sac souples.

- Coelioscopie : utérus normal, trompes normales, pavillon libre.

Les ovaires sont de taille un peu grande, de surface brillante, mais il existe à gauche et à droite un relief d'un follicule et les ovaires n'ont nullement un aspect de syndrome de Stein.

Biopsie sur l'ovaire droit emportant une carotte en surface.

Biopsie : follicule persistant - coque épaisse. Fibrose superficielle modérée.

. Observation n° 99.

Madame P..., âgée de 44 ans, envoyée par le service de Médecine pour mauvais état général, métrorragies, augmentation du volume de l'abdomen.

- Antécédents : toujours mal réglée : 2 - 3 mois. Depuis six mois : métrorragies tous les 8 jours, augmentation du volume de l'abdomen depuis 2 mois.

Deux enfants : 25 ans - 13 ans.

Examen : col fixé à droite. Cul-de-sac gauche plus souple que le droit. Ponction d'ascite, puis laparoscopie, ensuite :

- Coelioscopie : appareil génital normal, en particulier les ovaires sont sains. Aucune granulation visible sur le péritoine pelvien.

. Observation n° 100.

Madame B..., âgée de 23 ans, consulte le 30 Juin 1965 pour métrorragies depuis 8 jours avec aménorrhée, minimales, brunes avec caillots pendant 5 jours, accompagnées de douleurs pelviennes. A noter un voyage en voiture dans la semaine précédente.

Dernières règles normales : 22 Avril 1965. Grossesse de un mois 1/2.

- Antécédents : pas de fausse couche. Première grossesse.

Appendicectomie en 1949.

- Examen : utérus augmentation de volume, col fermé, hémorragie +++
DBG négatif.

- Coelioscopie : utérus, trompes et ovaires normaux.

- Conclusion : possibilité d'avortement spontané.

COMMENTAIRES

Etudions maintenant les différentes affections pour lesquelles nous avons pratiqué les Coelioscopies.

I - Il est logique de commencer par la Grossesse extra-utérine qui en est l'indication majeure. C'est en effet l'examen essentiel au diagnostic, la pure clinique étant comme on le sait, très souvent insuffisante pour reconnaître avec certitude une grossesse ectopique.

La Coelioscopie permet d'infirmier ou de confirmer le diagnostic, et dans ce dernier cas d'intervenir immédiatement. Elle doit être pratiquée chaque fois que persiste un doute sur la réalité d'une grossesse extra-utérine. C'est un examen précieux qui permet d'éviter bien des laparotomies inutiles.

Sur les 28 observations de grossesses extra-utérines soupçonnées, nous avons vu que la Coelioscopie a permis de confirmer le diagnostic dans 15 cas, c'est-à-dire environ 53,5 %.

Nous avons alors mis en évidence :

- 10 hématosalpinx dont 3 rompus.
- 1 hématoçèle rétro-utérine
- 4 avortements tubo-abdominaux

qui nous ont conduits à opérer immédiatement soudant ainsi l'intervention à la Coelioscopie.

Dans 13 cas, nous avons pu infirmier le diagnostic de grossesse extra-utérine, en trouvant :

- 3 grossesses normales, car l'utérus était manifestement gravide, augmenté de volume ; le diagnostic biologique étant positif dans 1 cas. Une grossesse était associée à un fibrome, ce qui avait donné des troubles menstruels avec perception d'une masse hypogastrique douloureuse au toucher vaginal.

- 3 salpingites ce qui a permis d'envisager un traitement antibiotique et d'éviter à la malade une intervention mutilante.

- 2 kystes de l'ovaire
- 1 torsion de l'hydatide pédiculée
- 1 hydrosalpinx bilatéral douloureux
- 1 follicule persistant
- 2 causes indéterminées

II - La deuxième grande indication de la Coelioscopie est la stérilité, qu'elle soit primaire ou secondaire.

Certes, nous ne pouvons négliger les autres examens, tels que l'insufflation utéro-tubaire et surtout l'hystéro-salpingographie dans les stérilités d'origine tubaire ; on objective ainsi les cavités utérine et tubaire. Mais l'H.S.G. ne renseigne pas sur la morphologie de la trompe et du pavillon, l'aspect du péritoine.

C'est la Coelioscopie qui montrera les adhérences péritubaires, leur importance, leur éventuelle extension à l'ovaire, l'existence d'un salpingolysis ; elle confirmera l'existence d'un hydrosalpinx avec paroi tubaire très amincie, laissant voir par transparence le colorant injecté, ce qui permet de préjuger d'une muqueuse très atrophiée. De plus, l'épreuve au bleu permet parfois de voir un passage péritonéal alors que l'H.S.G. avait semblé montrer une obturation.

L'existence d'une coque épaisse encapsulant les ovaires peut être l'indication d'une résection cunéiforme, qui, dans les cas favorables, permettra une grossesse.

Nous avons donc eu à faire, dans le service, 19 Coelioscopies pour stérilité ; et nous avons trouvé :

- 11 cas d'obstruction tubaire bilatérale, soit 58 %. Dans tous ces cas, l'épreuve au bleu s'est avérée négative. Une biopsie sous contrôle coelioscopique a été effectuée dans un de ces cas, à la recherche d'une étiologie tuberculeuse ; la réponse a d'ailleurs été négative.

- 2 cas de tuberculose génitale dont l'une récente.

- 2 cas de salpingite : une était associée à une péritonite plastique ; une intervention a été décidée, et nous avons réalisé une salpingostomie bilatérale avec implantation tubo-ovarienne à droite.

- 1 cas d'ovarite micro-kystique ayant entraîné non seulement une stérilité mais aussi un syndrome douloureux du bas-ventre et des désordres menstruels.

- 2 cas où l'étiologie n'a pas été retrouvée à la Coelioscopie. Dans un de ces cas, le curettage, biopsique a mis en évidence des myomes intracavitaires, une hyperplasie polypeuse de l'endomètre.

III - Quant au diagnostic des masses annexielles perçues à l'occasion d'un examen pour troubles gynécologiques divers la Coelioscopie reste un des examens de choix.

L'examen clinique permet d'approcher le diagnostic des masses pelviennes au plus près, en plaidant en faveur d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome.

Quand la mesure de cette masse ne peut être précisée, quand les troubles ne sont pas en rapport avec sa taille, ou tout simplement pour juger de la possibilité d'une éventuelle exérèse, on est autorisé à envisager une Coelioscopie, qui est devenue, répétons-le, un examen dont la réalisation est maintenant bien codifiée.

C'est ainsi que nous avons trouvé sur les 13 cas de Coelioscopie pour masse pelvienne :

- 5 kystes de l'ovaire dont 4 séreux et 1 dermoïde. Nous avons pratiqué une ponction de kyste sous contrôle coelioscopique, dans un cas, ponction qui a ramené du liquide séreux dans une poche, hémorragique dans une autre.

- 1 tumeur abdominale très importante développée aux dépens de l'ovaire avec, en fait, maladie gélatineuse du péritoine découverte à l'intervention.

- 1 myome du fond utérin.

- 2 hydrosalpinx dont 1 bilatéral ayant entraîné une salpingectomie bilatérale avec résection ovarienne droite.

- 1 salpingite bilatérale.

- 1 pyosalpinx assez volumineuse et dont les signes avaient orienté vers une G.E.U.

Enfin, dans deux cas d'ascite importante chez des femmes âgées, avec perception de masse pelvienne, nous avons découvert des cancers génitaux, avec :

- une fois une masse végétante rétro-utérine

- une fois des granulations verruqueuses tapissant tout le péritoine pelvien et rappelant les végétations de la tumeur végétante de l'ovaire.

IV - Pour ce qui est des signes fonctionnels, nous les avons classés en trois groupes :

- les algies pelviennes rebelles
- les troubles menstruels
- les métrorragies

en sachant que chacun des trois symptômes peut coexister avec un autre. Nous avons fait ce classement en nous basant sur le symptôme prédominant, c'est-à-dire celui pour lequel la malade a été amenée à consulter.

Dans ce cas, la Coelioscopie a alors été pratiquée, dans la majorité des observations, lorsque divers autres examens se sont avérés négatifs, ou lorsqu'un traitement est resté sans effet pendant longtemps.

C'est ainsi que, pour les algies pelviennes, nous avons trouvé :

- dans 5 cas, des adhérences plus ou moins étendues bridant trompes et ovaires, et qui étaient la cause, soit de douleurs brutales et périodiques, soit de dysménorrhée, soit de douleurs abdomino-pelviennes permanentes.

- dans 2 cas, une salpingite bilatérale.

- dans 1 cas, une salpingite d'un seul côté, avec comme signe associé des métrorragies.

- dans 3 cas, des kystes de l'ovaire, dont un kyste fonctionnel de l'ovaire, un petit kyste tubo-ovarien et un important kyste fonctionnel avec adhérences, dont la ponction sous contrôle coelioscopique ramena 20 cc de liquide séro-sanglant ; chez cette femme, des douleurs abdominales vives, dues à un kyste, avaient déjà motivé une intervention en 1964.

- dans deux cas, dont une fois une dyspareunie, nous n'avons retrouvé qu'un gros ovaire.

Nous avons découvert un cas de tumeur végétante des ovaires chez une femme de 62 ans, hospitalisée pour douleurs quotidiennes, avec ascite ; nous avons pratiqué une hystérectomie totale avec annexectomie.

- Dans un cas de douleurs pelviennes avec métrorragies, la Coelioscopie nous a révélé l'association d'un kyste de l'ovaire qui est ponctionné, et d'un hématosalpinx secondaire à une endométriose, la ponction ramenant un liquide chocolat.

- Dans un cas de dysménorrhée, nous avons trouvé une endométriose tubaire,

- Dans un cas de douleurs abdominales avec dyspareunie, des trompes congestives et dilatées.

- Enfin, dans 5 cas, la Coelioscopie n'a pu faire la preuve de l'origine génitale des syndromes douloureux.

Chez les femmes qui sont venues consulter pour troubles menstruels, la Coelioscopie s'est avérée être un examen très important pour en préciser l'étiologie.

C'est ainsi que nous avons décidé de faire une coelioscopie chez 2 femmes qui présentaient une hyperménorrhée avec métrorragies chez l'une, et cycles longs ayant entraîné une anémie chez l'autre.

Dans le premier cas, nous avons retrouvé une péritonite avec adhérences multiples, dans le deuxième cas, des kystes fonctionnels bilatéraux des ovaires.

Dans un troisième cas, chez une femme se plaignant d'irrégularités menstruelles, la Coelioscopie a montré un kyste de l'ovaire gauche avec adhérences tubaires et hydrosalpinx.

Dans trois cas d'aménorrhées dont un primaire, la Coelioscopie nous a montré :

- des trompes renflées en massue, dans le cas d'aménorrhée primaire, avec découverte d'une tuberculose génitale à l'intervention.

- des trompes hyperplasiques et congestives.

- des adhérences multiples.

Enfin dans un cas d'aménorrhée primaire avec stérilité nous avons découvert une agénésie ovarienne (syndrome de TURNER).

Quant aux métrorragies, la Coelioscopie a été faite lorsque le traitement était inefficace et les autres investigations négatives. Nous avons trouvé :

- 2 salpingites

- 1 myome utérin avec fibrome de l'ovaire droit.

- 1 fois des adhérences,

cachant les 3/4 de l'appareil génital, chez une femme ayant un utérus bifide et ayant subi il y a 5 ans une salpingectomie droite avec résection cunéiforme de l'ovaire, et une annexectomie gauche.

- 3 examens n'ont rien montré de particulier ou des trompes hypoplasiques et congestives dans un cas.

Dans un autre cas, nous avons pratiqué une biopsie d'un ovaire un peu gros et à surface brillante, mais elle n'a rien révélé de particulier.

oOo

C O N C L U S I O N

Sur l'ensemble des Coelioscopies faites en un an dans le service du Professeur MERGER au Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Saint-Antoine, cent dossiers ont été étudiés :

- 28 fois la Coelioscopie a été faite avec le diagnostic présumé de grossesse, présumé de grossesse extra-utérine.

- 15 fois le diagnostic était exact, c'est-à-dire dans 53,5 % des cas.

Dans la majorité des cas la grossesse était récente et la Coelioscopie a permis d'intervenir à une date où les lésions tubaires étaient encore suffisamment limitées pour permettre une intervention conservatrice lorsque cet acte chirurgical paraissait justifié.

- 13 fois le diagnostic de grossesse extra-utérine a été infirmé.

La Coelioscopie en pareil cas a permis d'éviter à ces femmes une intervention chirurgicale inutile et peut-être néfaste ; car trois fois il s'agissait de grossesse normale dont l'évolution s'est poursuivi par la suite.

Lorsque le diagnostic de salpingite a été reconnu, la Coelioscopie a permis sans risque d'instituer un traitement antibiotique et d'éviter à la malade une intervention mutilante.

- 19 fois la Coelioscopie a été faite à l'occasion d'une stérilité.

Venant après les autres explorations dans le bilan de la stérilité, la Coelioscopie donne une image directe du péritoine pelvien et des franges tubaires et permet de mieux codifier les indications d'une chirurgie plastique des trompes, là où l'hystéro-salpingographie ne montre souvent qu'une mauvaise diffusion du produit de contraste avec des images suspendues sur les clichés d'évacuation.

Enfin, faite en période ovulatoire elle permet de vérifier l'existence d'une ovulation et éventuellement l'activité d'un corps jaune fonctionnel.

- 13 fois la Coelioscopie a été faite à l'occasion d'une masse pelvienne.

L'usage de la Coelioscopie peut paraître moins utile en pareil cas puisque l'intervention chirurgicale est ici indiquée, mais permettant de mieux connaître la nature de la lésion, elle autorise le choix d'une incision esthétique lorsque la tumeur paraît extirpable par cette voie.

Surtout dans deux cas de tumeur maligne de l'ovaire, elle a permis d'entreprendre avant l'intervention et de poursuivre après elle, l'administration de substances anti-mitotiques et donc de mieux codifier la conduite du traitement.

- Enfin 40 fois la Coelioscopie a été faite alors qu'un syndrome purement fonctionnel semblait en cause, traduit essentiellement par des douleurs pelviennes persistantes.

Elle a permis d'attribuer dans la moitié des cas la responsabilité des troubles à une cause organique.

- 5 fois, nous avons trouvé une salpingite.
- 10 fois des adhérences
- 6 fois un kyste de l'ovaire
- 1 fois une endométriose
- 1 fois un syndrome de TURNER
- 1 fois une tumeur maligne de l'ovaire
- 1 fois un fibrome ovarien

- 1 fois un myome utérin
- 1 fois une ovarite micro-kystique
- 13 fois aucune lésion n'a pu être mise en évidence.

Ce n'est que lorsque toutes les explorations se sont montrées négatives qu'une pathologie purement fonctionnelle a été retenue en l'absence de lésions visibles à la Coelioscopie.

oooOooo

Vu, le Président de Thèse :

Pr R. MERGER.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr G. BROUET.

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXIS Jean :

La Coelioscopie gynécologique.
Thèse Toulouse 1962. N° 43.

BISMUTH :

La Coelioscopie gynécologique.
Imp. Foulon. Thèse Paris 1945.

BIZORD B. :

Laparoscopie.
Thèse Paris 1945 n° 405.

CLEDIERE Mme :

La Coelioscopie dans le diagnostic de la G.E.U.
Thèse Paris 1960. N° 60.

DECKER -

Culdoscopy - A new technic in gynecologic and obstetric
diagnosis.
W.B. Samnders 1952.

FOURESTIER :

La Péritonéoscopie -
Presse Méd. 46 - 1963.

IMENITOFF :

La Coelioscopie gynécologique.
Thèse Paris 1946.

Le GUILLOUX Robert :

La Coelioscopie dans la G.E.U.
Thèse Bordeaux 1962 n° 180.

MONTALEGRE Jacques :

Contribution à l'étude de la Coelioscopie.
Thèse Toulouse 1956 n° 43.

PALMER :

La Coelioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes rebelles.

Rev. du Prat. 9.2375. 1959.

PALMER :

Technique et instrumentation de la Coelioscopie gynécologique.
Gyn. et Obst. 1947.

PALMER :

Les explorations fonctionnelles gynécologiques.
Masson. Paris 1963.

PERENNEC André :

Aménorrhées et Coelioscopie.
Thèse Bordeaux 1963 - n° 188.

RUDDOCK :

Peritoneoscopy -
Sing. Gyn. and Obst. 1937-65-623.

THOYER-ROZAT :

La Coelioscopie
Masson 1962.

VIALAT Edouard :

Diagnostic différentiel des masses pelviennes à la lumière de
la Coelioscopie.

89 Vol. 196. N° 71.

P.C. Steytol. Gynecological endoscopy, laparoscopy and culdoscopy.
The journal of Obst. and Gynecol. of the British Commonwealth.
Vol. 72 - n° 4 - Août 1965 p. 535 à 542.



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13^e
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62